

zich ook pas na vele jaren. Over de mate waarin de kans op het krijgen van maagcarcinoom bij deze groep patiënten is toegenomen, vindt men in de literatuur overigens zeer uiteenlopende cijfers, variërend van 3 tot 21 maal. Kortdurende vermindering van de zuurproductie lijkt in dit opzicht ongevaarlijk. Anderzijds onderstrepen deze bevindingen de noodzaak om alleen bij duidelijke indicatie de maagzuursecretie langdurig te onderdrukken.

Omdat het beschreven effect direct afhankelijk is van de zuurgraad in de maag zou dit voor de toekomst kunnen betekenen dat bij de behandeling van maagulcera niet altijd gestreefd moet worden naar een zo sterk en langdurig mogelijke vermindering van de zuurproductie. Nu tal van nieuwe H₂-receptor-antagonisten worden ontwikkeld, die krachtiger en langer werkzaam zijn dan cimetidine wat betreft het onderdrukken van de maagzuurproductie, rijst de

vraag of toepassing van deze nieuwe verbindingen de kans op het ontstaan van carcinoom zou kunnen vergroten.

Literatuur: BRIMBLECOMBE, R. W., W. A. M. DUNCAN, G. J. DURANT e.a. (1978) *Gastroenterology* 74, 339. — CREAN, G. P., G. B. LESLIE en F. J. C. ROE (1979) *Lancet* II, 797. — ELDER, J. B., P. C. GANGULI en I. E. GILLESPIE (1979) *Lancet* I, 1005. — HILL, M. J. (1979) *Lancet* I, 1235. — ROE, F. J. C. (1979) *Lancet* I, 1039. — RUDDALL, W. S. J., E. S. BONE, M. J. HILL e.a. (1976) *Lancet* II, 1037. — RUDDALL, W. S. J., E. S. BONE, M. J. HILL e.a. (1978) *Lancet* I, 521. — RUDDALL, W. S. J. (1979) *Lancet* I, 1234. — RUDDALL, W. S. J., A. T. R. AXON, J. M. FINDLAY e.a. (1980) *Lancet* I, 672. — SCHLAG, P., R. BOCKLER, H. ULRICH e.a. (1980) *Lancet* I, 727.

H. FESTEN

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Subsidies voor klinisch experimenteel kankeronderzoek door de Maurits en Anna de Kock Stichting

Het fonds van de Maurits en Anna de Kock Stichting heeft voor het jaar 1981 gelden beschikbaar ter ondersteuning van de aanschaf van apparatuur ten behoeve van klinisch gericht experimenteel kankeronderzoek. Onderzoekers die menen voor een dergelijke subsidie in aanmerking te komen dienen een aanvraag in te dienen bij het Bestuur van de Maurits en Anna de Kock Stichting, Wilhelmina Gasthuis, Afdeling Radiotherapie, 1e Helmersstraat 104, 1054 EG Amsterdam.

In deze aanvraag moeten de vraagstelling, de methoden en de duur van het onderzoekproject vermeld worden. Ook dient aangetoond te worden dat de aangevraagde investering niet mogelijk is langs de gebruikelijke kanalen. De aanvraag moet de instemming hebben van de directie van de instelling of het hoofd van het laboratorium.

Prof. dr. G. W. BARENSEN,
secretaris

Subsidie-aanvraag voor onderzoek op het gebied van reuma en andere verwante stoornissen van het bewegingsapparaat

De Raad voor Gezondheidsresearch TNO wijst via de door hem ingestelde Commissie voor Onderzoek van reuma en andere verwante stoornissen van het bewegingsapparaat onderzoekers op dit gebied op de mogelijkheid tot het doen van een subsidie-aanvraag. Vóór 1 maart 1981 kunnen onderzoekers projecten, waarvoor subsidie voor 1982 gevraagd wordt, indienen bij de Directeur van het Bureau van de Raad voor Gezondheidsresearch TNO, dr. R. J. van Zonneveld, Postbus 297, 2501 BD Den Haag, telefoon 070-81 44 81, toestel 210. De hiervoor benodigde formulieren kunnen op bovenstaand adres aangevraagd worden.

Door de sedert 1972 bijgehouden inventarisatie van het reuma-onderzoek komt de Commissie aan de hand van prioriteitenstelling tot adviezen voor financiële hulpverlening aan de betrokken onderzoekers door bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging tot Rheumatiekbestrijding en het Praeventiefonds.

INGEZONDEN

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

Icterus neonatorum, in ons land een verwaarloosde bedreiging?

De collegae LOMMEN en MEUWISSEN (1980) trekken vóórgaande conclusies uit een na-onderzoek: „Icterus neonatorum, in ons land een verwaarloosde bedreiging?” Zij concluderen onder meer dat thuis geboren kinderen vaker een zo ernstige hyperbilirubinemie ontwikkelen dat wisseltransfusie noodzakelijk is, dan kinderen van moeders die het kraambed in een ziekenhuis doorbrengen. Dat betekent volgens de auteurs dat huisarts, verloskundige en kraamverzorgster thuis te kort schieten. Wij vragen ons af of het aantal wisseltransfusies bij thuis en in het ziekenhuis geborenen inderdaad verschilt. Bij in totaal 16.219 kinderen werden 42 wisseltransfusies verricht bij voldragen geborenen (of althans kinderen met een gewicht boven 2500

gram); 26 bij de thuis geborenen (2,8%) en 16 bij de in het ziekenhuis geborenen (2,3%). Van de in deze periode te vroeg geborenen (naar schatting ca. 6% van het totaal), van wie aangenomen moet worden dat zij in het ziekenhuis geboren zijn, wordt verder geen melding gemaakt. Voor een betrouwbare beoordeling evenwel van de frequentie van wisseltransfusies bij voldragen pasgeborenen moet men het aantal in het ziekenhuis geborenen corrigeren voor de vroeggeborenen. Berekent men de 6% vroeggeboorte aldus op 973 kinderen, en trekt men deze af van het totale aantal in het ziekenhuis geborenen (blijft over 5992), dan is de frequentie van wisseltransfusie bij in het ziekenhuis geboren voldragen kinderen met 2,7% niet verschillend van die van de thuis geborenen. Een zelfde berekening kan gemaakt worden als alleen gelet wordt op wisseltransfusies bij hyperbilirubinemie zonder bekende oorzaak.

We kunnen hieruit concluderen dat de eerste-lijnszorg thuis in de regio Z.O.-Brabant uitstekend werk heeft verricht door evenveel voldragen pasgeborenen met een ernstige icterus neonatorum uit de groep thuis geboren voor behandeling (i.c. wisseltransfusie) naar de ziekenhuizen te verwijzen als de ziekenhuizen zelf selecteerden uit de voldragen kinderen die in het ziekenhuis geboren werden.

De auteurs tonen dan aan dat bij de thuisgeboren kinderen die een wisseltransfusie moesten ondergaan, met name in de groep waar een duidelijke oorzaak voor de hyperbilirubinemie ontbrak, deze wisseltransfusie op een later tijdstip en bij een hoger bilirubinegehalte werd verricht. De auteurs spreken van het topje van de ijsberg dat zij hebben ontdekt. Zij suggereren dat hierdoor wellicht vele thuisgeborenen ongemerkt schade hebben opgelopen wat betreft de motorische, zintuigelijke en intellectuele ontwikkeling. Deze bewering wordt door de auteurs op geen enkele wijze met gegevens gestaafd. Het is ook uiterst onwaarschijnlijk dat dit juist is. De grens van $340 \mu\text{mol/l}$ waarboven de kans op bilirubine-encefalopathie zou toenemen, is een zeer veilige grens die waarschijnlijk aan de lage kant is voor gezonde voldragen pasgeborenen. Zolang er immers voldoende albumine aanwezig is om bilirubine te binden, bestaat er geen gevaar voor kernicterus. Jammer genoeg is er tot op heden nog geen bruikbare bepaling voor de kliniek van de reserve-bilirubinebindingscapaciteit van albumine. Of een pasgeborene met een normaal albuminegehalte werkelijk gevaar loopt bij het bereiken van een bilirubinewaarde van $340 \mu\text{mol/l}$, kan dan ook niemand overzien. Bepalingen van de molaire bilirubine/albumine-ratio en de verschillende bepalingsmethoden die vrij (niet aan albumine gebonden) bilirubine aantonen (VALAES e.a. 1976), duiden erop dat de gevarengrens voor gezonde voldragen kinderen waarschijnlijk hoger ligt.

Nooit zal het mogelijk zijn om alle kinderen die na de geboorte een ernstige icterus zullen doormaken, reeds vóór de geboorte op te sporen. LOMMEN en MEUWISSEN vonden immers ook veel pasgeborenen met een hyperbilirubinemie e.c.i., en ABO-immunisatie kan in de regel pas gediagnosticeerd worden als het kind geboren is. Ten onrechte stellen de auteurs daarom vraagtekens bij de zorgvuldigheid van prenatale verloskundige selectie in de huispraktijk op grond van het feit dat 11 kinderen met ABO-immunisatie thuis geboren werden. Onzorgvuldigheid kan slechts geconstateerd worden bij de twee gevallen van thesus-sensibilisatie waarbij de partus thuis plaatsvond.

De auteurs stellen dat kinderen die in het ziekenhuis geboren worden, indien nodig, tijdig fototherapie krijgen waardoor zij behoed worden voor de gevaren van hyperbilirubinemie en wisseltransfusie. Wat het effect hiervan was, hoeveel kinderen fototherapie kregen, wordt niet vermeld.

Een eigen na-onderzoek van kinderen die in het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam geboren werden, laat zien dat het effect van fototherapie op het aantal te verrichten wisseltransfusies bij voldragen kinderen niet aantoonbaar is. Vergeleken werden de jaren 1966 t.m. 1970 (periode vóór het gebruik van fototherapie) met de jaren 1972 t.m. 1977 (periode waarin van fototherapie gebruik gemaakt werd) (tabel 1).

Uit tabel 1 blijkt dat in de tweede periode 6% van alle voldragen pasgeborenen fototherapie kreeg; desondanks daalde de frequentie van de wisseltransfusies niet aantoonbaar. Overigens was in ons onderzoek het gunstige effect van fototherapie op de frequentie van wisseltransfusies bij prematuren heel duidelijk aantoonbaar (tabel 2).

Fototherapie in het ziekenhuis betekent ook vrijwel altijd dat het kind van zijn moeder gescheiden moet worden,

TABEL 1
FOTOTHERAPIE EN WISSELTRANSFUSIES BIJ VOLDRAGEN LEVEND GEBORENEN IN HET WILHELMINA GASTHUIS IN TWEE PERIODEN

	1966 t.m. 1970	1972 t.m. 1977
Voldragen levend geboren	8433	7842
Wisseltransfusie (excl. Rh.)*	32 (3,8%)	26 (3,3%)
Fototherapie	—	469

* Kinderen met rhesus-immunisatie werden weggelaten omdat deze in de periode '72 t.m. '77 als gevolg van de rhesus-preventie vrijwel niet meer vóórkwamen.

TABEL 2
FOTOTHERAPIE EN WISSELTRANSFUSIES BIJ PREMATURE LEVEND GEBORENEN IN HET WILHELMINA GASTHUIS IN TWEE PERIODEN

	1966 t.m. 1970	1972 t.m. 1977
Prematuur levend geboren	983	1094
Wisseltransfusie (excl. Rh.)	101 (10,3%)	25 (2,3%)
Fototherapie	—	712

een belangrijk nadeel. Ook gelet op het feit, dat de volledige onschadelijkheid van fototherapie op de lange duur nog niet bewezen is, mag fototherapie niet onnodig toegepast worden. Fototherapie lijkt voor kinderen bovendien een uiterst onaangename ingreep.

Samenvattend menen wij dat LOMMEN en MEUWISSEN voorbarige en onjuiste conclusies getrokken hebben uit hun na-onderzoek. Zij stellen de icterus neonatorum op deze wijze in een veel te kwaad daglicht, waardoor onnodige onrust veroorzaakt wordt. Bovendien onderschatten zij de kwaliteit van de verloskundige zorg en kraamzorg thuis.

Literatuur: LOMMEN, E. J. P. en J. H. M. MEUWISSEN (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1685.

Amsterdam, oktober 1980

R. DE LEEUW
P. E. TREFFERS

Dank aan de collegae DE LEEUW en TREFFERS voor hun kritische reactie op ons artikel. Wij zijn van mening dat deze uitvoerige brief een uitvoerig antwoord verdient.

Wanneer de collegae DE LEEUW en TREFFERS stellen dat wij concluderen dat huisarts, verloskundige en kraamverzorgster thuis te kort schieten, is dat een conclusie die verder gaat dan de onze. Wij hebben slechts gesteld dat een intensivering van de controle noodzakelijk is, willen we kraamzorg en thuisbevalling op verantwoord niveau in stand houden. De schrijvers van de ingezonden brief hebben gelijk, wanneer ze stellen dat het aantal te vroeg geboren niet ingecalculeerd is. Dit had inderdaad moeten gebeuren. Ons staan op dit moment geen gegevens ter beschikking van de andere ziekenhuizen, doch in het St. Josephziekenhuis te Eindhoven werden in de jaren 1976 en 1977 147 kinderen te vroeg geboren op een totaal van 1932 geboorten (7,6%). Veronderstellend dat de andere zieken-

huizen tot dezelfde cijfers komen en het kleine aantal te vroeg geboren, dat toch nog altijd thuis geboren wordt, verwaarlozend, komen we tot een totaal van 529 te vroeg geboren (3,26% van het totaal aantal geboren). Res-teren nog 6436 à terme in het ziekenhuis geboren. Wan-neer wij rekening houden met deze cijfers wordt het aantal wisseltransfusies bij in het ziekenhuis geboren 2,4‰ slechts 0,1‰ meer dan in het artikel vermeld en 0,4‰ min-der dan bij thuisgeborenen. De schatting van 6% te vroeg geboren van de collegae DE LEEUW en TREFFERS is dus, zeker voor de regio adherent aan het St. Josephziekenhuis, te hoog.

Wanneer wij bij de schrijvers van de ingezonden brief de suggestie gewekt hebben dat vele thuis geboren onge-merkt schade hebben geleden spijt ons dat oprecht. Wij hebben slechts gesteld dat er waarschijnlijk een aantal kin-deren hoge serum-bilirubinegehalten hebben gehad, zon-der dat iemand weet of, hoe ver en hoe lang dit gehalte de 340 $\mu\text{mol/l}$ -grens heeft overschreden.

Omtrent de opmerkingen van de collegae DE LEEUW en TREFFERS over de veiligheid van de 340 $\mu\text{mol/l}$ -grens het volgende: wij onderschrijven het arbitraire karakter van deze grens. De briefschrijvers geven echter zelf reeds aan dat er geen andere, betere veiligheidsgrens is. Met nadruk stellen zij echter dat dit een (zeer) veilige grens is voor kernicterus. De in ons artikel gerefereerde literatuur geeft op zijn minst vermoedens weer dat lagere waarden dan wel een garantie tegen kernicterus vormen, doch dat er moge-lijk wel andere minder ernstige en vooral minder snel in het oog lopende schade kan worden aangericht, waarbij vooral gedacht wordt aan de in de jaren dat deze artikelen ge-schreven werden nog in zwang zijnde term „minimal brain dysfunction” en perceptiestoornissen, die alleen ontdekt kunnen worden bij een zorgvuldig en langdurig prospectief onderzoek van de omvang als die van het onderzoek van NAYE (1978). Het niet kunnen aantonen van aperte onveiligheid, in de zin van het ontstaan van kernicterus, geeft ons niet het recht om mogelijke minder ernstige nadelen door een hoog bilirubinegehalte ter zijde te schuiven.

Wat de opmerking betreft van de collegae DE LEEUW en TREFFERS over de zorgvuldigheid van de prenatale selectie bij een eventuele ABO-immunisatie, onderschrijven wij de onvoorspelbaarheid daarvan. Wij blijven echter bij de me-ning dat de mogelijkheid van een ABO-immunisatie moet dwingen tot zeer zorgvuldige bewaking van het bilirubine-gehalte van het kind, thuis. Mutatis mutandi geldt dit over-igens ook voor het ziekenhuis. Immers, ook in de zieken-huizen werden nog 3 kinderen met ABO-antagonisme ge-wisseld na het vinden van een bilirubinegehalte boven de 340 $\mu\text{mol/l}$. Na invoering van een frequentere bilirubine-controlle bij kinderen met een mogelijk ABO-antagonisme in 1978 is dit overigens in het St. Josephziekenhuis te Eindhoven niet meer voorgekomen bij in het ziekenhuis gebo-renen. Deze intensivering behelste echter verschillende bi-lirubinebepalingen per dag, hetgeen bij thuis geboren op zeer begrijpelijke praktische bezwaren stuit.

Wanneer wij zijdelings concluderen dat tijdig toegepaste fototherapie wisseltransfusies kan voorkomen, baseren wij dat op enkele gegevens:

TABEL 3

FOTOTHERAPIE EN WISSELTRANSFUSIE BIJ VOLDRAGEN KIN-DEREN MET VASTGESTELDE ICTERUS NEONATORUM IN HET ST. JOSEPHZIEKENHUIS IN TWEE PERIODEN

	1964 t.m. 1969	1970 t.m. 1975
Voldragen kinderen met icterus neonatorum (excl. Rh.)	85	320
Wisseltransfusie	34 (40%)	39 (12,2%)
Fototherapie	2	320

– Ook in het St. Josephziekenhuis te Eindhoven gingen wij na wat het effect van fototherapie was op het aantal wissel-transfusies (gegevens verzameld door mw. Y. VAN OYEN). Wij vonden het echter reëler om het aantal wisseltransfu-sies te relateren aan het aantal kinderen dat opgenomen werd met vastgestelde icterus neonatorum. Wij zijn ons ervan bewust dat de criteria voor het vaststellen van de icterus neonatorum in de loop der jaren wellicht wat ver-schoven zijn, doch deze verschuiving is van minder invloed dan de vele verschuivingen in opname-indicaties die in-vloed hebben, wanneer men het aantal wisseltransfusies relateert aan het totale aantal in het ziekenhuis geboren, zoals DE LEEUW en TREFFERS dat gedaan hebben.

In het St. Josephziekenhuis werd in 1969 al begonnen met fototherapie (2 \times). Vanaf 1970 werd fototherapie re-gelmatig gegeven. Kijken ook wij alleen naar voldragen pasgeborenen met uitsluiting van kinderen met rhesus-sensibilisatie, dan zien wij het beeld zoals weergegeven in tabel 3.

Naast de conclusie dat het aantal wisseltransfusies bij icterische kinderen duidelijk afgenomen is sinds de foto-therapie in het therapeutische arsenaal is opgenomen, is er een opvallende stijging waar te nemen van het aantal kin-deren dat met vastgestelde icterus neonatorum opgenomen wordt (tabel 4). Deze waarneming wordt overigens ook gedaan door CAMPBELL e.a. (1975).

Opvallend is dat de duidelijke sprong bij ons, evenals bij CAMPBELL e.a., in 1972 plaatsvindt, terwijl er bij ons ook in 1977 nog een tweede sprong geconstateerd wordt, een pe-riode die in het onderzoek van CAMPBELL e.a. niet opgeno-men is. Met CAMPBELL moeten ook wij het antwoord op de vraag naar de oorzaken voor deze stijging schuldig blijven. – Wij zien dit toch als belangrijkste oorzaak voor het ge-vonden verschil in aantal kinderen dat een wisseltransfusie onderging bij vergelijking van thuis geboren en in het ziekenhuis geboren.

Ons zijn de criteria voor fototherapie in het Wilhelmina Gasthuis van 1972 t.m. 1977 niet bekend. Wel is onze erva-ring dat bij het hanteren van hoge bilirubinegehalten als criteria, het effect van fototherapie minder is. M.a.w., bij snel oplopend bilirubinegehalte zal bij vroeg ingestelde foto-therapie mogelijk wel, bij laat ingestelde fototherapie niet meer een overschrijding van de wisseltransfusiegrens voor-komen. Misschien begint men in het Wilhelmina Gasthuis

TABEL 4
VOLDRAGEN KINDEREN MET SIGNIFICANTE ICTERUS NEONATORUM OPGENOMEN IN HET ST. JOSEPHZIEKENHUIS

	1964	'65	'66	'67	'68	'69	'70	'71	'72	'73	'74	'75	'76	'77	'78	'79
Aantal	16	13	9	16	18	13	19	30	43	79	84	65	72	120	119	119

later, in de zin van hogere bilirubinegehalten, met fototherapie.

Wanneer we 2 stellingen van de collegae DE LEEUW en TREFFERS, te weten: (a) fototherapie voorkomt bij voldragen kinderen geen wisseltransfusie, en (b) ook hoge bilirubinegehalten tot $340 \mu\text{mol/l}$ zijn ongevaarlijk, combineren, lijkt ons dit tot de conclusie te leiden, dat in het Wilhelmina Gasthuis geen plaats meer is voor fototherapie bij voldragen kinderen. Immers, een „voor het kind uiterst onaangename ingreep” die toegepast wordt ter behandeling van een ongevaarlijke situatie en bovendien niet in staat is om een andere mogelijk gevaarlijke ingreep (wisseltransfusie) te voorkomen, verliest onzes inziens niet alleen zijn betekenis maar ook het recht op handhaving in het therapeutisch arsenaal.

Samenvattend menen wij dat de door ons geproduceerde cijfers en conclusies niet wezenlijk aangevochten zijn. Wij blijven voorstanders van thuisbevalling indien enigszins verantwoord, maar zijn van mening dat dit een goede en zorgvuldige bewaking van het kind vereist, ook op het punt van de icterus neonatorum. Wij blijven voorstanders van fototherapie bij voldragen kinderen met icterus neonatorum. Wij concluderen niet dat deze bewaking thuis op dit moment slecht geschiedt. Wij vinden wel dat het nog beter kan, in het belang van het kind en in het belang van het in stand houden van een verantwoorde thuisbevalling.

Literatuur: CAMPBELL, N., D. HARVEY en A. P. NORMAN (1975) *Brit. med. J. II*, 548. — NAYE, R. L. (1978) *Pediatric* 62, 497.

Eindhoven, november 1980

E. J. P. LOMMEN
J. H. J. M. MEUWISSEN

Het artikel van de hand van de Eindhovense collegae LOMMEN en MEUWISSEN (1980) heb ik met belangstelling gelezen. Het door hen gedane onderzoek geeft een duidelijk overzicht van het verschil in risico van pasgeborenen bij geboorte in een intra- dan wel extramurale situatie. Met hun naar aanleiding van dit onderzoek gedane suggesties ben ik minder gelukkig. Een icterusdienst, laat staan een kraamhotel, is weer een stukje geïnstitutionaliseerde gezondheidszorg dat we er in deze tijd niet meer bij kunnen hebben. De gang met de baby naar het ziekenhuislaboratorium (ook al is dit enige dagen achtereen) zal door ouders, die de thuisbevalling prefereren (en dat zijn er gelukkig nog velen), zeker niet als een „rompslomp” worden ervaren. Verreweg de meesten zullen dit gaarne op de koop toenemen. Het onderzoek toont wel aan dat met name de huisarts pasgeborenen intensiever moet begeleiden. De toenemende praktijkverkleining biedt de huisarts mogelijkheden om zich op de ingeslopen verwaarloosde gebieden binnen zijn praktijkvoering opnieuw te bezinnen. De kosten van onze gezondheidszorg mogen, waar mogelijk, in ieder geval niet nog verder verhoogd worden. Het verkozen vertrouwde thuis-milieu moet, zolang daar geen dwingende medische reden voor is, voor moeder, kind en het hele gezin zolang mogelijk gehandhaafd worden.

Literatuur: LOMMEN, E. J. P. en J. H. J. M. MEUWISSEN (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1685.

Zeddam, oktober 1980

B. H. M. Bos

De reactie van collega Bos op ons artikel over icterus neonatorum hebben we gewaardeerd. Met hem zijn wij van

mening dat het vertrouwde thuis misschien in vele opzichten de meest geschikte omgeving voor het kraambed is. In medisch opzicht is een kraambed thuis echter alleen verantwoord als de medische begeleiding goed is. Met ons onderzoek hebben wij willen aantonen dat er wat de aandacht voor icterus neonatorum betreft, nogal eens iets aan schort.

Het is te hopen dat collega Bos gelijk heeft als hij verwacht dat toenemende praktijkverkleining in dit opzicht verbetering zal betekenen. Als dit zo is, is institutionalisering wat dit betreft niet nodig.

Het is overigens niet altijd noodzakelijk om de baby voor bloedafname naar een laboratorium te brengen. Wij kennen verloskundigen die thuis bloed voor bilirubinebepaling afnemen.

Eindhoven, november 1980

J. H. J. M. MEUWISSEN
E. J. P. LOMMEN

Met voldoening constateerde ik dat de kinderarts LOMMEN en de vrouwenarts MEUWISSEN het belangwekkende onderwerp van de icterus neonatorum weer eens in ieders welverdiende aandacht wilden brengen (1980). Helaas moest ik na het lezen van de inleiding constateren dat mij geen echte bijscholing of informatie te wachten stond, maar een wat tendentiekus verhaal aangaande vermeende onderschatting en slordige zorgverlening in de huispraktijk. Immers, wat zijn hier de feiten zoals ze blijken uit goede bestudering van hun eigen cijfers?

Er wordt uitgegaan van de premisse, dat moeders van kinderen met een verhoogde kans op ernstige icterus neonatorum in het ziekenhuis zullen bevallen. Dit lijkt een gezonde vooronderstelling, maar helaas is het zeer grote merendeel der gevallen bij de normale opzet van de Nederlandse prenatale zorg niet voorspelbaar. Met name het ABO-antagonisme (óók bij MEUWISSEN c.s. drie maal zo frequent als actief rhesus-antagonisme!) is vaak al bij de eerste graviditeit van de desbetreffende moeders, die dan tot bloedgroep O behoren, actief zonder dat durante graviditate daar enige huisarts of specialist weet van heeft! Ook de sensibilisatie tegen andere bloedfactoren (Kelly, Duffy, etc.), vaak teruggebracht door op onzorgvuldige indicatie gegeven transfusies, is normaliter (nauwelijks) voorspelbaar.

Ook de vraagtekens, door MEUWISSEN c.s. geplaatst, bij de zorgvuldigheid van prenatale selectie in de huispraktijk omdat twee kinderen met actief rhesus-antagonisme en 11 met actief ABO-antagonisme thuis geboren werden, zijn hiermee als ongefundeerde kritiek gekarakteriseerd, want: zoals boven beschreven, is actief ABO-antagonisme er vaak al bij de eerste graviditeit en dat is in de huidige situatie op geen enkele wijze voorspelbaar. Hieraan zou iets gedaan kunnen worden door bij alle zwangeren met bloedgroep O de bloedgroep van de echtgenoot te bepalen en zo nodig te onderzoeken op antistoffen in de gevallen dat dat geïndiceerd lijkt. Bij navraag bleek mij, dat men daar momenteel bij het Centraal Laboratorium voor de Bloedtransfusiedienst niet op ingericht is, en overigens zou het ook totaal geen therapeutische consequenties hebben. Immers, in vele gevallen verloopt het ABO-antagonisme zo mild, dat de foetus niet door ziekte getroffen wordt.

Ook is er zelfs te discussiëren over de vraag of aanwezigheid van rhesus-antistoffen per se een directe indicatie voor klinische partus is. Immers ook daar geldt dat het slechts in ca. 15% der gevallen met antistofvorming tot ziekte van de foetus komt. Niet de aanwezigheid van antistoffen, maar de