

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 tendentieuus 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