

de pre-operatieve diagnostiek van het mammacarcinoom. De methode is eenvoudig en goedkoop, kan poliklinisch worden uitgevoerd en gaat niet gepaard met ernstige complicaties. De winst is echter bovenal gelegen in de omstandigheid, dat na het stellen van de diagnose de definitieve behandeling aan patiënte kan worden voorgesteld en met haar kan worden besproken. Bovendien mag worden verwacht, dat met behulp van een recente technische verbetering van de ponsnaald en de punctietechniek (BRUN DEL RE 1980) de diagnostische trefzekerheid ook voor kleine tumoren nog zal worden vergroot.

Literatuur: ADAIR, F. E. (1933) *New Engl. J. Med.* 208, 1250. – BRUN DEL RE, R. M. G. (1980) *Brit. J. Surg.* 67, 449. – CAFFEE, H. H. en J. R. BENFIELD (1975) *Surg. Gynec. Obstet.* 140, 88. – DOBERNECK, R. C. (1980) *Ann. Surg.* 191,

152. – ELSTON, C. W., R. E. COTTON, C. J. DAVIES e.a. (1978) *Histopathology* 2, 239. – EWING, J. (1933) *Med. J. Illinois* 63, 482. – FENTIMAN, I. S., R. R. MILLIS en J. L. HAYWARD (1980) *Arch. Surg.* 115, 652. – HAAGENSEN, C. D. en A. P. STOUT (1951) *Ann. Surg.* 134, 151. – HAAGENSEN, C. D. (1956, 1971) *Diseases of the breast*. Saunders Philadelphia. – JACKSON, P. P. en H. H. PITTS (1959) *Amer. J. Surg.* 98, 184. – PIERCE, E. H., O. T. CLAGETT, J. R. McDONALD e.a. (1956) *Surg. Gynec. Obstet.* 103, 559. – ROBBINS, G. F., J. H. BROTHERS, W. F. EBERHART e.a. (1954) *Cancer* 7, 774. – ROBERTS, J. G., P. E. PREECE, P. M. BOLTON e.a. (1975) *Clin. Oncol.* 1, 297. – SCHEEL, A. (1953) *Acta radiol.* 39, 249. – SPRATT, J. S. en W. L. DONEGAN (1960) *Cancer of the breast*. In: *Major problems in clinical surgery*, Vol. 5.

J. BENDER

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Subsidies van de Nederlandse Hartstichting

De Nederlandse Hartstichting stelt voor 1982 een beperkt aantal subsidies ter beschikking voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de circulatie.

Aanvraagformulieren kunnen worden verkregen bij: Nederlandse Hartstichting, Sophialaan 10, 2514 JR 's-Graven-

hage. De aanvragen dienen uiterlijk 31 mei 1981 in het bezit te zijn van de Hartstichting.

Degenen die voor 1982 een vervolgaanvraag willen indienen t.b.v. een reeds met subsidie van de Hartstichting lopend project, wordt eveneens aangeraden dit te doen uiterlijk 31 mei 1981. Alleen dan kan bericht inzake toekenning, c.q. afwijzing voor het eind 1981 worden verwacht.

INGEZONDEN

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

Voortijdig gebroken vliezen

De collegae SCHUTTE, TREFFERS en SOEPATMI (1981) geven in hun klinische les een helder overzicht over de te volgen handelwijze na opname van een zwangere met prematuur gebroken vliezen. Gaarne zou ik nog het volgende willen opmerken.

Dat een zwangere in een dergelijk geval opgenomen dient te worden, ook al heeft ze geen weeën, met het oog op het kind dat mogelijk geboren zal worden, hoeft mijns inziens geen betoog. Wel zou ik bij binnenkomst in de kliniek een kweek willen inzetten van de bacterie-flora rondom de anale opening, aangezien de kans het grootst is dat, als een intra-uteriene infectie optreedt, de verwekker daar vandaan komt. Het verdere beleid is afhankelijk van de zwangerschapsduur. Bij een zwangerschapsduur van 33 weken of meer kan men, als er geen tekenen zijn dat de baring op gang komt, nadat twaalf uur verstreken zijn na het breken der vliezen, beter inleiden. Aangezien het risico van een eventuele intra-uteriene infectie ten opzichte van het risico van het IRDS relatief ongunstiger wordt. Met name de Amerikaanse leerboeken wijzen sterk in die richting. Bij een zwangerschapsduur van 28-33 weken kan men beter trachten het tijdstip van de baring uit te stellen, al of niet door middel van het toedienen van betasympathomimetica. Tevens kunnen corticosteroiden worden toegediend ten einde de foetale longrijping trachten te bevorderen.

Met het oog op een eventuele intra-uteriene infectie lijkt het mij belangrijk de temperatuur van de zwangere nauwlettend te volgen en, bijvoorbeeld drie maal per week, het

aantal leukocyten in het maternale bloed te bepalen, alsmede een differentiatie.

Voor een zo gericht mogelijke antibiotische behandeling in geval van intra-uteriene infectie, zou men, behalve de reeds genoemde anale kweek, eens per week, na echoscopische voorbereiding, een vruchtwaterpunctie kunnen doen. Het verkregen vruchtwater kan dan worden gekweekt, maar tevens kan een L/S-ratio bepaald worden met het oog op de rijping van de foetale longen. Mogelijk kunnen perinatale morbiditeit en mortaliteit op deze wijze nog verder teruggedrongen worden.

Literatuur: SCHUTTE, M. F., P. E. TREFFERS en S. SOEPATMI (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 81.

Den Burg, januari 1981

A. C. P. J. WAVERIJN

Met belangstelling las ik de klinische les van SCHUTTE, TREFFERS en SOEPATMI (1981) en ik kan mij in grote lijnen met de strekking wel verenigen. Het volgende heeft mij echter verwonderd. Op het einde van het artikel brengen de auteurs nog een interessant aspect naar voren betreffende vroeggeborenen met voortijdig gebroken vliezen. Uit hun onderzoek blijkt dat de sterfte van prematuren na lange tijd gebroken vliezen lager is dan na korte tijd gebroken vliezen en wel door een verminderde kans op hyaliene-membranenziekte bij het pasgeborene premature kind. Deze waarneming werd – bijna exact zo geformuleerd – voor het eerst beschreven in een academisch proefschrift (SPEC-KEN 1964) in een periode, waarin de surfactant-theorie in-

zake foetale longrijping nog niet bestond en therapie met corticoïden nog niet werd toegepast. Helaas hebben dissertaties het nadeel dat zij slechts door weinigen gelezen worden, dit in tegenstelling tot artikelen in bekende vakbladen. Enige jaren geleden verscheen echter in dit Tijdschrift nogmaals een artikel van SPECKEN (1976) over dit onderwerp. Desondanks kon ik in de klinische les geen vermelding aantreffen van het door hem gevonden fenomeen en was ook zijn naam niet terug te vinden in de bijbehorende literatuurlijst. Ik betreur dat iemand die werkelijk iets nieuws gebracht heeft, van zijn landgenoten geen betere publiciteit verkreeg. Bovendien mag verwacht worden dat het tijdschrift waarin men publiceert, ook gelezen wordt.

Literatuur: SCHUTTE, M. F., P. E. TREFFERS, J. G. KOPPE e.a. (1980) *Brit. J. Obstet. Gynaec.* 87, 127. – SCHUTTE, M. F., P. E. TREFFERS en S. SOEPATMI (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 81. – SPECKEN, J. L. M. (1964) *Vroeggeboorte*. Proefschrift Utrecht; (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 459.

Maastricht, januari 1981

TH. G. J. LEMMENS

De richtlijnen geformuleerd door de collegae SCHUTTE, TREFFERS en SOEPATMI (1981) voor de behandeling van zwangeren met voortijdig gebroken vliezen, spraken ons zeer aan. Als nadeel van dit beleid noemen de auteurs het ongemerkt uitzakken van de navelstreng en het ongemerkt in de vagina uitgedreven worden van een klein en sterk prematuur kind.

Wijzelf behandelden een gravida II, para II, bij wie in het verleden de navelstreng ongemerkt was uitgezakt en het kind ongemerkt was uitgedreven, nadat zij bij 31 weken met gebroken vliezen was opgenomen. In geruime tijd was toen bij haar geen speculumonderzoek verricht noch toucher. Thans lag zij wederom bij een premature termijn met gebroken vliezen. Door haar op de afdeling vaak met behulp van real-time echografie te onderzoeken, konden we echter enigszins geruststelling geven, want daardoor konden we niet alleen de positie van de navelstreng bepalen maar ook de mate van indaling beoordelen. Alhoewel dit geen garantie geeft bij onverwacht snel in partu raken, kan men toch een sluipend onstaande uitzakking en indaling herkennen. Nog een ander argument voor frequent (bijv. 2 x per week) echo-onderzoek is, dat men daardoor tevens de hoeveelheid resterend vruchtwater kan beoordelen.

Literatuur: SCHUTTE, M. F., P. E. TREFFERS en S. SOEPATMI (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 81.

Leiden, januari 1981

E. TADESSE
C. D. VAN DER DOES

De collegae SCHUTTE, TREFFERS en SOEPATMI hebben het aangedurfd hun gedachten over het beleid bij voortijdig breken van de vliezen aan het papier van dit tijdschrift toe te vertrouwen (1981). Weinig problemen in de hedendaagse verloskunde zullen tot grotere controversen aanleiding geven dan het onderhavige. Zowel de voorstanders van een agressief beleid (de baring te allen tijde inleiden, zelfs indien dit het verrichten van een keizersnede betekent) als die van een conservatief beleid (expectatief of zelfs tokolyse toepassend) weten telkenmale met vele argumenten en cijfers de juistheid van hun standpunt te onderstrepen. Het is dan ook geenszins de bedoeling om in

deze reactie ook maar iets af te dingen op het (blijkens de resultaten goede) beleid in de Amsterdamsse kliniek. Wel willen wij enkele kanttekeningen maken bij het in het artikel besprokene.

1. Ons voornaamste bezwaar geldt het advies om een kortdurende behandeling met betamimetica, *eventueel aangevuld met behandeling met corticosteroiden* (cursivering van ons) te overwegen voor patiënten bij wie de vliezen voortijdig breken. Op het laatste congres voor Perinatale Geneeskunde in Berlijn in 1979 en reeds eerder op het Europese congres voor Perinatologie in Wenen (1978) werden de eerste, weliswaar nog casuïstische mededelingen gedaan over ernstige maternale morbiditeit en mortaliteit bij het gecombineerd toepassen van betamimetica en glucocorticoïden, beide pharmaca met decompensatio cordis en longoedeem hoog op de lijst van bijwerkingen (GERNER e.a. 1978; KUBLI 1980). Onzes inziens is het derhalve niet verantwoord deze pharmaca met hun uiterst brede werkingsspectrum in combinatie toe te passen, zeker niet zolang de definitieve pathofysiologische basis voor deze plotselinge sterfte van tot dan gezonde (?) jonge zwangeren niet is opgehelderd.

2. Van antibiotica-profylaxe bij voortijdig gebroken vliezen is nog nimmer enig positief effect op de neonatale morbiditeit en mortaliteit bewezen. Er moet ook op gewezen worden dat, indien men al een reden zou denken te hebben om antibiotica aan de zwangere toe te dienen, dit dient te geschieden in veel hogere doses dan de doorgaans in de kliniek gebruikelijke, teneinde voldoende hoge foetale spiegels te bereiken. HIRSCH (1979) adviseert bijvoorbeeld ampicilline 1000 mg intraveneus per uur. Voor de zogenaamde antibiotica-profylaxe verdient zeker ook het artikel van VAN DER WAAY (1979) in dit tijdschrift (her) lezing.

3. Wij zijn het volledig met Schutte, Treffers en Soepatmi eens dat elke vorm van vaginaal onderzoek vermeden moet worden bij patiënten bij wie de vliezen voortijdig breken. Hier kan niet sterk genoeg en niet vaak genoeg de nadruk op worden gelegd. Zij maken zelfs geen uitzondering voor hun „streng indicatie” wanneer de vliezen in de laat-premature periode voortijdig breken terwijl het voorliggend deel nog beweeglijk boven de bekkeningang staat, want registratie van het foetale hartfrequentiepatroon vermag zeer wel een indicatie te geven van te verwachten navelstrengproblemen.

4. Schutte, Treffers en Soepatmi beschrijven dat zowel het aantal besmettingen als het aantal infecties bij kinderen met een korte zwangerschapsduur het grootst is, én dat na het breken der vliezen vroeg in de zwangerschap de baring vaker lang op zich laat wachten. Hun bewijsvoering ten aanzien van de relatie van het interval tussen vaginaal toucher en geboorte met het aantal besmettingen en infecties lijkt derhalve insufficiënt. Indien inderdaad de partus bij jonge kinderen langer op zich laat wachten en indien inderdaad jonge kinderen een hoger infectierisico dragen, dan toont tabel 4 van Schutte e.a. enkel dat oudere kinderen (met *dús* een kort interval) minder besmettingen en infecties vertonen dan jongere kinderen (met *dús* een lang interval) en niet dat het al dan niet verrichten van een inwendig onderzoek hierop van invloed is. Om dit aan te tonen zou de relatie tussen het interval van vaginale toucher tot geboorte en de besmettings- c.q. infectiefrequentie *per amenorroeduurcategorie* bestudeerd dient te worden (uiteraard in een grotere groep kinderen).

Literatuur: GERNER, R., E. HALBERSTADT en R. SCHUMANN (1978) 6th European Congress of Perinatal Medicine, abstract 85, Novographic, Wenen. – HIRSCH, H. A. (1979)