

RIV verbonden laboratoria en bijzondere instituten. Dit boekje zal te zijner tijd aan alle artsen in Nederland worden toegezonden.

Stichting Urologie 1973

Bovengenoemde Stichting is opgericht met de volgende doelstellingen:

1. Steunverlening aan en ondersteuning van projecten in Nederland, die tot doel hebben de diagnostiek en de behandeling van urologische afwijkingen in de ruimste zin te verbeteren.

2. Dit doel kan o.m. worden bereikt door: (a) Steun

voor de financiering van publikaties op het gebied van urologie; (b) financiering van landelijke of regionale onderzoekprojecten, welke zich bezighouden met het onderzoek en behandeling van afwijkingen van de urinewegen; (c) steun aan instructiecurssussen voor paramedisch personeel en andere soortgelijke projecten; (d) steun aan research-programma's in urologische afdelingen, welke niet over een eigen of over een onvoldoende eigen research-budget beschikken; (e) steun aan verdere mogelijkheden tot ontwikkeling van de urologie in Nederland.

Verzoeken om financiële bijdragen voor een van de hierboven genoemde doelstellingen kunnen worden gericht tot de secretaris-penningmeester van de Stichting, J. J. W. van Haga, uroloog, Elisabeth Gasthuis te Haarlem.

INGEZONDEN

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

Kraamzorg

Met waardering hebben wij kennis genomen van de lijst „medische indicaties voor specialistische hulp in het kraambed”, zoals opgesteld en gepresenteerd door de collegae VAN ALTEN en KLOOSTERMAN (1981). Men mag verwachten dat deze lijst zowel voor obstetrici als voor de adviserende geneeskundigen van ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen een goede leidraad zal zijn bij de besluitvorming ten aanzien van het beleid tijdens de kraambedperiode.

Door ontkoppeling van de plaats van klinische bevalling en kraambed wordt het continuüm zwangerschap, baring en kraambed doorbroken. Men kan zich afvragen of dit een goede zaak is. Immers door de collegae Van Alten en Kloosterman wordt gesteld: „Alleen het team dat, of de persoon die verantwoordelijk is voor de prenatale zorg, de begeleiding tijdens de bevalling en de zorg voor het kraambed, krijgt het overzicht en daardoor de motivatie zo zorgvuldig mogelijk te handelen.” Daarnaast zijn met betrekking tot de voorkeur voor de plaats van het kraambed geen duidelijke argumenten van financiële, medische en psychosociale aard aan te voeren. Dit hebben we onlangs aangetoond in onze bijdrage „Invoering medische indicatie voor klinisch kraambed zinvol?”, waarin ook gepleit werd voor een grote mate van keuzevrijheid voor de cliënt t.a.v. de plaats van het kraambed (MEUWISSEN en REIJNDERS 1980).

Belangrijkste reden om te streven naar beperking van klinische kraambedden na bevalling in het ziekenhuis is naar alle waarschijnlijkheid dat hiermee een voldoende aantal kraamverzorgingen thuis gegarandeerd wordt. De kraamzorgorganisatie vormt de hoeksteen van de Nederlandse verloskundige organisatie. Het functioneren van een goede kraamzorgorganisatie is immers een scheppende voorwaarde voor het in stand houden van de mogelijkheid om thuis te bevallen. In de jaren 70 ontstond een snelle toename van het aantal klinische bevallingen, destijds veelal automatisch gevolgd door een klinisch kraambed. Bij het dalend aantal geboorten in ons land hield dit een reële bedreiging in voor het voortbestaan van de kraamzorgorganisatie. Om dit te voorkomen biedt de invoering van een medische indicatie voor een klinisch kraambed een goede mogelijkheid.

Men kan zich overigens afvragen of het juist is om van iemand die zich voor ziekenhuisopname verzekerde, een eigen bijdrage te vragen als een opname tijdens de kraambedperiode medisch noodzakelijk is.

Literatuur: ALTEN, D. VAN en G. J. KLOOSTERMAN (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 2063. – MEUWISSEN, J. H. J. M. en F. J. L. REIJNDERS (1980) *Med. Contact. (Amst.)* 35, 969.

Eindhoven, december 1981

F. J. L. REIJNDERS
J. H. J. M. MEUWISSEN

Bij het voorstel om te komen tot zg. „eigen bijdrage” voor het doorbrengen van het kraambed in het ziekenhuis heeft de Werkgroep Verloskundige Organisatie zich uitsluitend laten leiden door het streven de verloskundige zorg in Nederland te optimaliseren. Hiertoe rekent de Werkgroep onder meer de financiële gelijkstelling in de kosten van het kraambed. De keuzevrijheid van de vrouw in deze wordt verruimd en het gebruik van oneigenlijke medische indicatie van het kraambed wordt tegengegaan. Door de haast waarmee de staatssecretaris dit onderdeel uit het pakket van voorstellen lichtte en doorvoerde is er over de verzekeringstechnische facetten van de maatregel geen onderzoek mogelijk geweest.

Amsterdam, januari 1982

G. J. KLOOSTERMAN
D. VAN ALTEN

Prolaps en pessarium

Het is goed dat de collegae BARENTS en HASPELS (1981) aandacht besteden aan het behandelen van een prolaps d.m.v. een pessarium; juist de huisarts tobt met de patiënten die niet geopereerd worden. Maar waarom wordt naast het ouderwetse rubber en porseleinen pessarium niet het „nieuwe” vinyl-pessarium genoemd (merk: Portex bijv.), dat al zeker 10 jaar verkrijgbaar is? Het materiaal is veel bestendiger en minder irriterend voor het weefsel dan rubber, is glad en uitkookbaar zoals de porseleinen ringen, maar bovendien samendrukbaar zodat ook bij nauwe introitus een voldoende grote maat kan worden ingebracht. Met andere woorden: het combineert de voordelen van de drie door Barents en Haspels beschreven modellen, zonder de nadelen daarvan. De grotere dikte vermindert bovendien de kans op drukletsel.

Dan nog iets. In het artikel wordt min of meer terloops het gebruik van estrioltabletten *vaginaal* aanbevolen. In de

bijsluiter van Ovestintabletten wordt hierover niets vermeld. Werkt dit lokaal door contact of via vaginale resorptie? En hoe lang en in welke dosering dient het te worden gegeven om het effect bij stress-incontinentie te beoordelen? Als men trouwens een effect op de bekkenbodemu- sculatuur verwacht, moet dat toch wel via resorptie in de bloedbaan plaatsvinden; orale toediening lijkt dan logi- scher. Zijn er over de vaginale toepassing literatuurgege- vens bekend?

Van de moderne geneeskunde mag toch een wat weten- schappelijker receptuur verwacht worden dan van de Egyptenaren met het „granaatappel-in-warme-wijn re- cept”!

Literatuur: BARENTS, J. W. en A. A. HASPELS (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 2129.

Velp, december 1981

W. BOISSEVAIN

De waardering voor de verschillende materialen, waar- van pessaria vervaardigd worden, is vooralsnog subjectief. De door collega Boissevain bedoelde pessaria zijn door ons – ter vermijding van de fabrikanten- naam – wel degelijk bes-proken onder de categorie „plastic” pessaria. De vóór- en nadelen ervan zijn vermeld onderaan bl. 2129 van ons arti- kel. De estriol-medicatie per vaginam werd in 1978 door Haspels aanbevolen in de dosering, die in de klinische les vermeld staat: 2 à 3 × per week 0,25 mg. De substantie heeft een lokaal effect op de vaginawand – maar wordt ook in de bloedbaan aangetoond – door resorptie via de vagi- nawand. Als zodanig moet men voor een patiënte met trombotische stoornissen in de voorgeschiedenis nog ter-ughoudend zijn.

Over de relatie: oestrogenen en functionele incontinen- tia urinae is in de literatuur geschreven o.a. door RAURAMO en KOPERA (1976) en door HEIDENREICH (1979). De laatste auteur geeft de effecten weer op het urethradruk-profiel d.m.v. uretrocystometrie.

Zoals in onze les te lezen is, heeft orale medicatie van estriol weinig effect. (O.i. doordat de lever veel hormoon- substantie wegvangt.) Bovendien blijken de estrioltablet- ten niet „sugarcoated” te zijn, waardoor zij beter geschikt zijn voor vaginaal gebruik. Over resorptie van oestrogene stoffen via de vagina verwijzen wij naar KICOVIC e.a. (1980) en RIGG e.a. (1978).

Ten aanzien van uw opmerking over de „historie” kun- nen wij meedelen, dat deze alinea pas later en op verzoek van het tijdschrift werd toegevoegd, omdat het strikt vak- technische gedeelte de indruk wekte als een nachtkaars uit te gaan. Door deze kaars werd de problematiek in Egypte en Hellas belicht. Wat óns eigenlijk interesseert is hoeveel vrouwen aanvankelijk van een operatieve ingreep afzien, zonder dat er ernstige contraïndicaties zijn. Het is zeer wel mogelijk dat zij in een latere levensfase alsnog geopereerd moeten worden, hetgeen betekent, dat zij méér risico gaan dragen en gedurende kortere tijd de voordelen van de prolapsplastiek ervaren.

Literatuur: HEIDENREICH, J. (1979) In: *Female and male climacteric*. M.T.P. Press, Lancaster. – KICOVIC, P. M. e.a. (1980) *Maturitas* 2, 275. – RAURAMO, L. en H. KOPERA (1976) In: P. A. VAN KEEP e.a., *Consensus on menopause research*. M.T.P. Press, Lancaster. – RIGG, L. A. e.a. (1978) *New Engl. J. Med.* 298, 195.

Utrecht, januari 1982

J. W. BARENTS
A. A. HASPELS

Neurale-buisdefecten en vitaminesuppletie

De aanbeveling van MEUWISSEN (1981) om te trachten aangeboren neurale-buisdefecten te voorkomen door om- streeks de conceptie (van 28 dagen vóór tot 8 weken ná de conceptie) een multivitamine-preparaat te doen gebruiken door de vrouw, noopt mij tot het belichten van de keerzijde van deze medaille. De genoemde periode omvat de em- bryogenese en de organogenese van de conceptus, de pe- riode waarin embryotoxische en teratogene invloeden voornamelijk werkzaam kunnen zijn. Door toepassing van de voorgestelde medicatie (twee maal daags één tablet Gravitamon) krijgt de zwangere aan vitamine A 2000 I.E. per dag en cumulatief 168.000 I.E. over de gehele periode toegediend. In de experimentele teratologie is vitamine A een bekend middel om congenitale malformaties van het centrale zenuwstelsel (met name anencefalie) te induceren (COHLAN 1954; PETERS e.a. 1979; GEELEN 1979, 1980; GEE- LEN e.a. 1980; PETERS 1981). Dit maant tot grote terughou- dendheid bij het voorschrijven van vitamine A bevattende preparaten aan zwangeren. De aangegeven hoeveelheid zal weliswaar geen hypervitaminose A teweegbrengen in de gebruikelijke zin van het woord, maar het is niet zeker dat er geen teratogeen effect door kan worden veroorzaakt. Dit geldt des te meer bij vrouwen in een toch reeds goede voedingstoestand, of bij een afgenomen vermogen van de lever om vitamine A op te slaan of bij een tekort aan vita- mine-bindend vermogen van eiwit waardoor relatief hoge serumspiegels zouden kunnen voorkomen (MORRIS en STEELE 1974; MORRIS en THOMSON 1974).

Ofschoon het niet bewezen is dat ook bij de mens neu- rale-buisdefecten door vitamine A en haar afgeleiden kun- nen worden geïnduceerd, lijkt het mij toch verstandig (in dubiis abstine) de vitaminesuppletie omstreeks de con- ceptie te beperken tot een goed uitgebalanceerde voeding, eventueel aangevuld met een niet te hoge dosis van de in water oplosbare vitaminen. Vermeden moet worden dat de welgemeende suggestie van collega Meuwissen door een te ruim prescriptiebeleid van vitamine A in de periode van de organogenese juist een averechts effect zou sorteren.

Literatuur: COHLAN, S. Q. (1954) *Pediatrics* 13, 556. – GEELEN, J. A. G. (1979) *C.R.C. Press* 6, 351; (1980) *The teratogenic effects of hypervitaminosis A on the formation of the neural tube*. Proefschrift Nijmegen. – GEELEN, J. A. G., J. LANGMAN en J. D. LOWDON (1980) *Anat. Embryol.* 159, 223. – MEUWISSEN, J. H. J. M. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 2067. – MORRIS, G. M. en C. E. STEELE (1974) *J. Embryol. exp. Morph.* 32, 505. – MORRIS, G. M. en A. D. THOMSON (1974) *Lancet* II, 899. – PETERS, P. W. J. (1981) *Induced congenital malformations of the central nervous system*. Proefschrift Utrecht. – PETERS, P. W. J., J. A. M. A. DOR- MANS en J. A. G. GEELEN (1979) *Teratology* 19, 183.

Nijmegen, december 1981

A. KEYSER

Van degene die de keerzijde van een medaille wil be- lichten, mag men verwachten dat hij de voorzijde goed bekeken heeft. Collega Keyser heeft gelijk wanneer hij zegt dat de zwangere bij de door mij voorgestelde medica- tie 2000 I.E. vitamine A per dag inneemt. Hij heeft geen gelijk als hij berekent dat dit voor de zwangere cumulatief 168.000 I.E. betekent. In de periode van 28 dagen vóór tot 8 weken ná de conceptie is een vrouw immers hoogstens 8 weken (56 dagen) zwanger en de zwangere neemt in deze periode geen 168.000 I.E. maar 112.000 I.E. vitamine A in. In het belangwekkende onderzoek van SMITHELLS e.a.