

moeilijkheidsgraad van de politzertechniek lijkt mij niet te bezwaarlijk. Ik heb twee vragen. Ten eerste: is deze methode ooit toegepast en wat waren de resultaten ervan? Ten tweede: is het voldoende om door een of enkele malen per dag te politzeren de druk in het middenoor zodanig te houden dat de OME erdoor verdwijnt? Recidief lijkt mij, net als bij het trommelvliesbuisje dat ook slechts een palliatief middel is, niet uitgesloten. Het kind behoeft als deze methode werkt geen operatieve ingreep te ondergaan.

Literatuur: GROTE, J. J. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 89.

Nijmegen, februari 1982

P. F. M. LINSSEN

De techniek waarmee de druk in de middenoren kan worden verhoogd door knijpen in een in het neusgat geplaatste ballon en het tegelijkertijd afsluiten van de epipharynx, is genoemd naar POLITZER, die in 1863 deze techniek voor het eerste toepaste. Deze techniek is daarna zeer veel gebruikt, vooral met goed resultaat bij onderdruk in het middenoor zonder vochtophoping. In die gevallen waarin zich reeds vocht heeft opgehoopt en slijmvliesveranderingen zijn ontstaan is deze methode onvoldoende gebleken. Een voldoende afvloed en genezing van het middenoor komen daardoor niet tot stand.

In de klinische les is nog eens aangegeven dat het voor de therapie van belang is om een differentiatie te maken in de etiologische momenten van de OME. Indien daarbij een chronische sinusitis of adenoiditis een rol speelt is het zogenaamde „poltzeren” zelfs gecontraïndiceerd.

Literatuur: POLITZER (1903) *A textbook of the diseases of the ear for students and practitioners*, bl. 106. Lea Bros and Co., Philadelphia.

Leiden, februari 1982

J. J. GROTE

Het goedaardige vena cava superior-syndroom

Met belangstelling heb ik het uitvoerige artikel van collega TIMMERMANS e.a. (1981) gelezen, waarbij enkele vragen rezen.

Waarom werd er flebografie verricht? Het lichamelijke onderzoek (er werden uitgezette venen gevonden op de bovenste thoraxhelft, in de hals en op de armen) toonde immers al dat er een obstructie van de vena cava superior bestond. Dat er geen vergrote hilusklieren waren maakte het waarschijnlijk dat deze obstructie zich ter hoogte van de struma zou bevinden. Flebografie vereist ongeveer 50 ml contrast, snel intraveneus gespoten. LOKICH e.a. (1975) vermelden enkele bezwaren tegen veneuze ingrepen: (a) onderbreking van de veneuze wand bij hoge druk kan excessieve bloedingen geven op de plaats van de punctie; (b) door de langzame distributie van de ingespoten stof kunnen trombose en phlebitis ontstaan (hoge druk bij lage stroomsnelheid). Ook wijzen de auteurs op de risico's van invasieve diagnostische ingrepen. Het instrumenteren in gebieden met oedemateus weefsel en collaterale venen zou levenbedreigende complicaties kunnen geven (respiratoire obstructie, aspiratoire obstructie en hemorrhagieën). Vooral lijkt mij

een veneuze bloeding in het mediastinum (transtracheale punctie) niet ongevaarlijk.

Wat is de mening van de auteurs omtrent de waarde van computertomografie (met lugolvoorbereiding) ten einde de uitbreiding van de struma in hals en mediastinum nader te bepalen? Dit mede omdat snelle diagnostiek bij dit syndroom gewenst is. Wat is de mening van de auteurs omtrent het gebruik van digoxine? Er bestond geen boezemfibrilleren met snelle kamerfrequentie, noch decompensatio cordis. Vond men toediening van digoxine geen risico, daar dit de zuurstofbehoefte van het myocard doet toenemen? Werd toediening van anticoagulantia nog overwogen? Sommige auteurs adviseren dit bij een snel progressief vena cava superiorsyndroom. In de beschouwing adviseert men bij het door maligne oorzaken ontstane vena cava superiorsyndroom als therapie op korte termijn radiotherapie.

Als een belangrijke oorzaak van een zich snel ontwikkelend vena cava superiorsyndroom komt een kleincellig anaplastisch bronchuscarcinoom in het algemeen in aanmerking. GRECO (1981) acht voor het vena cava superiorsyndroom ten gevolge van een kleincellig longcarcinoom, radiotherapie inadequaat en adviseert polychemotherapie. Combinatie met radiotherapie zou men alleen bij „limited disease” moeten geven. Wat is de mening van de auteurs hieromtrent?

Literatuur: GRECO, F. A. (1981) *Small cell lung cancer*, bl. 273. *Clinical Oncology Monographs*. Grune and Stratton, New York. — LOKICH, J. J. (1975) *J. Amer. med. Ass.* 231, 58. — TIMMERMANS, A. J. M., J. F. VERZIJLBERGEN, J. M. M. VAN DEN BOSCH e.a. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 2144.

Utrecht, januari 1982

W. P. OLISLAGERS

Behandeling met anticoagulantia dient naast toediening van diuretica en corticosteroiden bij het VCSS zeker overwogen te worden. Deze behandeling mag evenwel het stellen van de juiste diagnose niet in de weg staan. Computertomografie van het bovenste mediastinum kan hierbij waardevolle informatie geven, en werd bij de besproken patiënt geprobeerd. Het onderzoek moest echter worden afgebroken, omdat patiënt zo dyspnoïsch was dat hij niet de vereiste tijd kon blijven liggen. Omdat er twijfel bleef bestaan over struma als oorzaak van het VCSS, is vervolgens flebografie verricht, ter uitsluiting van een eventuele obstructie elders. Hierbij waren we ons bewust van de terecht door collega Olislagers gesignaleerde risico's en er werd daarom een beperkte hoeveelheid contrast gebruikt, die met handdruk werd ingespoten. Overigens vond dit onderzoek pas plaats nadat de ergste stuwingsverschijnselen door symptomatische behandeling waren verdwenen.

In dat stadium heeft onzes inziens ook een transtracheale punctie, uiteraard in geoefende handen, nadat andere diagnostische middelen faalden, en bij een niet ontstolde patiënt, een aanvaardbaar risico. Dit te meer daar ook bij maligne tumoren steeds getracht dient te worden het type tumor vast te stellen, omdat de uiteindelijke behandeling daardoor mede wordt bepaald.

Aangezien het onderwerp van ons artikel het goedaardige VCSS betrof, werden niet alle mogelijke oorzaken en therapieën van het kwaadaardige VCSS in de beschouwing opgenomen. Is er een kleincellig anaplastisch bronchuscarcinoom dan zal vaak primair met cytostatica worden behandeld. Soms zal, bijvoorbeeld bij onvoldoende aanslaan van de cytostatische therapie, in tweede instantie radiotherapie alsnog moeten worden overwogen.

Ten aanzien van digitalisatie zijn we het met u eens dat hiervoor – ook in de acute fase van het VCSS – bij ontbreken van decompensatio cordis of ritmestoornissen geen indicatie aanwezig is. De patiënt was echter reeds langere tijd door de longarts elders gedigitaliseerd op grond van een doorge-
maakte periode van decompensatio cordis rechts bij emphysema pulmonum.

Utrecht, februari 1982

J. M. M. VAN DEN BOSCH
C. E. M. DE MAAT
A. J. M. TIMMERMANS
J. F. VERZIJLBERGEN

Kraamzorg

Onlangs gaven D. VAN ALTEN en G.J. KLOOSTERMAN (1981) commentaar op de nieuwe regeling voor de kraamzorg. Sinds 1 september 1980 mogen kraamvrouwen die op medische indicatie in het ziekenhuis zijn bevallen, niet meer automatisch ook het kraambed in het ziekenhuis doorbrengen. Moeder en kind moeten binnen 48 uur worden ontslagen, tenzij er dringende redenen zijn om moeder en (of) kind verder onder observatie te houden. Deze maatregel, door de toenmalige staatssecretaris voor Volksgezondheid zonder overleg met gynaecologen, ziekenhuisorganisaties of kruisverenigingen afgekondigd, heeft zeer grote veranderingen gebracht in de verloskundige organisaties, zoals leegloop van kraamafdelingen en een plotselinge verveelvoudiging van het aantal aanvragen om kraamzorg thuis.

Op dit laatste waren de kruisverenigingen niet voorbereid en het gevolg is, dat aan de meeste vrouwen thans slechts wijk-kraamzorg kan worden geboden, d.w.z. 2× per dag een bezoek van een half uur van een kraamverzorgster. De als reactie op de nieuwe situatie aangevraagde vergroting van de opleidingscapaciteit voor kraamverzorgsters werd niet of nauwelijks toegestaan. De controle van moeder en kind na ontslag uit het ziekenhuis wordt uitgevoerd door een verloskundige, die veelal geheel onbekend is met de vrouw, haar voorgeschiedenis en bevalling.

Van Alten en Kloosterman beginnen hun commentaar met te stellen, dat het kraambed met zwangerschap en baring een continuum vormt. Het is van grote betekenis, aldus de schrijvers, dat deze voor de vrouw, haar kind en haar partner zo belangrijke levensfase wordt begeleid door dezelfde deskundige of door een groep van regelmatig en nauw samenwerkende deskundigen. Juist omdat deze levensfase door de vrouw en haar omgeving terecht als een onverbreekbaar geheel wordt beschouwd, is het verkeerd de begeleiding ervan aan onafhankelijk van elkaar werkende deskundigen toe te vertrouwen. De scheiding die in vele landen al wordt gemaakt tussen de prenatale en de natale zorg heeft noodlottige gevolgen gehad. 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. Tot zover de schrijvers van het commentaar.

In het vervolg van het commentaar wordt echter aan deze schone geloofsbelijdenis geen aandacht meer geschonken, en worden de regels opgesteld die het mogelijk maken deze continuïteit te verbreken. De situatie is thans zo, dat zelfs vrouwen die de gehele zwangerschap, en soms al ruimschoots daarvoor door de gynaecoloog gecontroleerd wer-

den en die onder zijn leiding zijn bevallen, zich voor de controle van het kraambed tot een haar onbekende vroedvrouw moeten wenden. Als er al een kraamverzorgster is, dan heeft ook deze de bevalling niet bijgewoond.

In het verslag van de werkgroep „Verloskundige Organisatie” wordt een ideale situatie geschetst, met een hecht samenwerkingsverband tussen verloskundigen, huisarts, obstetricus, kinderarts, hoofd-verpleegkundige en leidster-docente van het kraamcentrum. In overleg met de betrokken vrouw zal binnen zo'n samenwerkingsverband overeen gekomen kunnen worden wie de leiding van de bevalling op zich neemt en waar het kraambed zal worden doorgebracht. Welnu, een dergelijk samenwerkingsverband bestaat vrijwel nergens. Pogingen om op vrijwillige basis tot een dergelijk samenwerkingsverband te komen mislukken veelal, o.a. omdat het eigenbelang en het daarbij behorende wantrouwen het ontstaan van een team in de weg staan.

De meeste kraamvrouwen vinden de nieuwe situatie niet erg, integendeel, zij verheugen zich er meestal op het kraambed thuis door te brengen wanneer daartegen geen overheersende bezwaren bestaan. Ernstige medische bezwaren zijn er maar zelden; de lijst met medische indicaties zoals door Van Alten en Kloosterman opgesteld, moge dan niet geheel compleet zijn (bijv. de totale ruptuur ontbreekt), het is duidelijk dat er slechts in een betrekkelijk gering percentage een medische indicatie zal bestaan om het kraambed in het ziekenhuis door te brengen. Medisch gesproken zullen de gevolgen wel meevallen. Het grote bezwaar is echter de demotivatie van alle betrokkenen: gynaecoloog en kraamverpleegster in het ziekenhuis missen de kraamperiode, het logische sluitstuk van zwangerschap en bevalling. Vroedvrouw en kraamverzorgster missen de bevalling, en hebben daarom moeite nog een behoorlijke relatie met de kraamvrouw op te bouwen.

Om de nadelige gevolgen althans enigszins op te vangen zouden wij willen pleiten voor: (1) onmiddellijke uitbreiding van het aantal opleidingsmogelijkheden voor kraamverzorgsters; (2) honorering van de huisarts door het ziekenfonds, wanneer de kraamvrouw aan zijn controle de voorkeur heeft boven die van een haar onbekende verloskundige; (3) uitbreiding van de lijst met medische indicaties, zoals door Van Alten en Kloosterman geformuleerd met een soort ontsnappingsclausule, bijv.: „Al die gevallen, waarin naar het oordeel van de obstetricus het ontslag van moeder en kind niet verantwoord lijkt”. Het hangt dan van een goede verstandhouding met de adviserend-geneesheren van het ziekenfonds af of deze indicatie met enige soepelheid kan worden gehanteerd. Met name allerlei psychologische redenen, die vaak niet exact in regels zijn te vangen, zouden juist in deze zo gevoelige periode mee moeten kunnen spelen. En tenslotte lijkt het van het grootste belang, dat de overheid er van doordrongen wordt dat het ontstaan van de door iedereen zo gewenste „verloskundige teams” een noodzakelijke voorwaarde vormt, wil deze maatregel niet een stap terug betekenen in onze verloskundige organisatie. De belemmeringen hiervoor zullen moeten worden weggenomen, maar dan wel graag in overleg met alle betrokkenen.

Literatuur: ALTEN, D. VAN en G. J. KLOOSTERMAN (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 2063.

Apeldoorn, januari 1982

H. VAN DEN BOSCH
M. MONKHORST
L. C. VAN OTTERLO
J. C. C. STUT
W. VLAANDEREN