

genote. Klaagsters echtgenoot heeft hierbij om een huisbezoek verzocht. Na overleg met verweerder heeft de echtgenote van verweerder laten weten dat verweerder klaagster wel wilde onderzoeken mits klaagster direct naar de praktijk van verweerder zou komen. Bij aankomst in de praktijk van verweerder heeft deze de buik van klaagster met een stethoscoop onderzocht en haar gevraagd wat zij had gegeten. Klaagster heeft verweerder meegedeeld dat zij gedurende een maand met tussenpozen vloede en dat zij op 1 februari 1980 een afspraak had met een gynaecoloog. Verweerder heeft geen inwendig onderzoek verricht. Op basis van het extern abdominale onderzoek heeft verweerder de diagnose acute maag-darminfectie gesteld en klaagster imodiumcapsules voorgeschreven.

Op verzoek van klaagster is de volgende dag de eigen huisarts op huisbezoek gekomen die na een kort inwendig onderzoek met spoed voor opname in het D heeft gezorgd. Aldaar werd de diagnose intra-abdominaal bloedverlies ten gevolge van een extra-uteriene graviditeit gesteld. Bij de daaropvolgende laparotomie werd 1400 ml bloed in de vrije buikholte aangetroffen. De linker tuba, waarin zich de graviditeit bevond, vertoonde een bloeding uit de wand. Deze tuba werd verwijderd. Klaagster heeft op 12 februari 1980 het ziekenhuis weer verlaten.

De klacht behelst dat verweerder klaagster niet naar zijn praktijk had mogen laten komen maar haar thuis had moeten onderzoeken. Voorts had verweerder in moeten gaan op de informatie die klaagster hem had gegeven en haar ook inwendig moeten onderzoeken. Al doende zou verweerder tot een andere diagnose gekomen zijn en zou

eerder operatief ingrijpen en minder bloedverlies het gevolg zijn geweest.

Omtrent deze klacht moet gelden: Het ware zorgvuldiger geweest indien verweerder zich rechtstreeks met de echtgenoot van klaagster had verstaan. Gesteld dient te worden dat een arts in het algemeen verantwoordelijk is voor het handelen van hun assistenten en familieleden. Niet is komen vast te staan echter dat verweerder onder geen beding op huisbezoek had willen komen. Verweerder heeft, gezien de informatie van klaagster aan verweerder, een onvoldoende onderzoek ingesteld.

Bij een jonge vrouw met een gynaecologische voorgeschiedenis en acute buikklasten dient door de arts rekening te worden gehouden met een extra-uteriene graviditeit. Daarbij is een grondiger onderzoek geïndiceerd dan door verweerder werd gedaan. Door het voor dit ziektebeeld geïndiceerde onderzoek na te laten heeft verweerder het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnd.

In verband hiermee moet worden beslist als volgt: Het algemeen belang vergt bekendmaking van deze beslissing op na te melden wijze:

Waarschuwt verweerder

Bepaalt dat deze beslissing op de wijze als voorgeschreven bij art. 13b van de Medische Tuchtwet, wordt bekendgemaakt.

Aldus gewezen op 29 december 1980 onder voorzitterschap van mr. G.H. Nomes, met J.E.A. Huurdeman (plv.), J.A.I. van Prooije (plv.), dr. J.A. Dallmeijer (plv.) en K.C.H. Lyppens (plv.) leden-geneeskundige, en met bijstand van mr. E.J. van Beek, (plv.) secretaris.

INGEZONDEN

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

De „normale” bevalling

Met waardering voor de wijze waarop collega VAN DE WETERING DE ROOIJ (1982) zijn gedachten over de gestoorde baring onder woorden wist te brengen, heb ik zijn artikel gelezen als een waarschuwing aan ons allen: wees kritisch over eigen doen en laten in de verloskunde, durf de hand in eigen boezem te steken en probeer te achterhalen of ons ingrijpen misschien onterecht was.

Teleurstellend vond ik echter dat HUYGEN (1982) toch weer de fout maakt – juist die waar Van de Wetering de Rooij voor waarschuwt: „Het getal kan ook, in de medische opstelling met zijn subjectieve input, een „voos” getal worden, dat ondanks mathematisch juiste bewerking aanleiding geeft tot een totale verwarring, zoals treffend geïllustreerd wordt door . . . etc.” – wanneer Huygen commentarieert: „In de statistieken omtrent de perinatale sterfte in Nederland zijn de resultaten van de thuisbevalling nog altijd veel beter dan die van de klinische partus. Het is al te gemakkelijk dit verschil louter en alleen toe te schrijven aan selectie van zwangeren met, objectief beoordeeld, verhoogde risico's.” Dit betekent dus in feite, cru gezegd, dat de baringen in het ziekenhuis minder kans hebben op een goede afloop dan de thuisbevallingen.

Ik vraag mij af op welke getallen Huygen zich beroept. Zolang er nog steeds geen onderlinge vergelijking mogelijk is tussen de getallen van de verloskundige klinieken in ons land – wie dat desondanks toch probeert, maakt een fundamentele fout – is het totaal onmogelijk de resultaten

van de thuisbevallingen te vergelijken met die van een goed geoutilleerde, moderne kliniek. Het past ook niet om collega Van de Wetering de Rooij te attacken op bijvoorbeeld zijn verloskundig handelen in 1961, waarbij hij de baring thuis liet geschieden bij een patiënte met een uterus bicornis subseptus met onderontwikkeling van de placenta en foetus, waarbij perinatale sterfte optrad. Dat zou hem in 1981 waarschijnlijk niet meer overkomen zijn.

Wanneer ik de gegevens bestudeer uit onze eigen kliniek met 946 partus in 1980, wordt een perinatale sterfte (WHO) gevonden van 21,1%. Het is interessant te zien waardoor er 20 kinderen doodgeboren werden na 28 weken zwangerschap of overleden in de eerste levensweek: 3 maal solutio placentae of placentabloeding; 5 maal niet met het leven verenigbare congenitale afwijkingen; 4 maal placentaire insufficiëntie; 2 maal onverklaarbare intra-uteriene vruchtdood; éénmaal ischemie door strakke navelstreng-omstrengeling bij ernstig zieke moeder in partu, en éénmaal afgeweken stuitligging met uitgezakte navelstreng na spontane vliesscheur. In ons jaarverslag hebben wij ons bij vier van deze gevallen afgevraagd of sterfte had kunnen worden voorkomen, bijv. door uitgezakte navelstreng, of door omstrengeling bij zeer zieke moeder; twee maal concludeerden wij dat de zwangerschapscontrole niet optimaal was geweest.

Mijn conclusie is dan ook de volgende: Zolang er nog geen volledig vergelijkbare gegevens zijn over 946 baringen in een huisartspraktijk – dat wil zeggen alle controles en alle

baringen thuis zonder ook maar iemand te verwijzen naar een ziekenhuis tijdens zwangerschap, baring en kraambed – met bevallingen – inclusief controles vanaf het allereerste begin – in de kliniek, is het onjuist om met getallen de discussie te voeren over de thuisbevalling. En dan hebben wij nog niet eens gesproken over de perinatale morbiditeit.

Beter is het om in onze eigen praktijk ons handelen te toetsen en te zien wáár wij fouten gemaakt hebben. Maar dat vereist veel meer: navelstreng-pH-bepaling, Prechtl-score en follow-up van de pasgeborene.

Literatuur: HUYGEN, F.J.A. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 678. – WETERING DE ROOIJ, W.F. VAN DE (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 652.

Nijmegen, april 1982

W.B.K.M.V. DE GOEIJ

Reeds in 1979 concludeerde collega HUYGEN uit de statistieken omtrent de perinatale sterfte in Nederland dat de resultaten van de thuisbevalling nog altijd veel beter zijn dan die van de klinische partus. De collegae VAN DER AVOORT, BOER, DE LAAT en POL (1979) wezen de auteur toen terecht door op te merken dat meer dan 25 procent van de perinatale sterfte van het ziekenhuis eigenlijk tot perinatale sterfte thuis gerekend dient te worden. Zij onderbouwden hun zienswijze aan de hand van cijfers uit het St. Joseph-ziekenhuis te Eindhoven uit de periode 1975 tot 1979. In die periode werden 20 van de totaal 44 gevallen van intra-uteriene vruchtdood als zodanig door huisartsen en verloskundigen naar het ziekenhuis verwezen.

Onderstaande gegevens, uit jaarverslagen 1980 van 23 verloskundige afdelingen van niet-academische ziekenhuizen, betreffende het voorkomen, de oorzaak en het verwijzingspatroon bij intra-uteriene vruchtdood, tonen aan dat niet minder dan 37,5 procent van de totale perinatale sterfte in 23 ziekenhuizen van ons land niet gerekend dient te worden tot perinatale sterfte van het ziekenhuis maar tot perinatale sterfte thuis.

Verwijzing	Congenitale afwijkingen	Solutio placentae	Placenta-insufficiëntie	Anders	Totaal
Vóór IUV	21	16	28	28	93
Als IUV	12	31	28	35	106
Totaal	33	47	56	63	199

Van de 199 gevallen van intra-uteriene vruchtdood horen derhalve 106 in feite als perinatale sterfte thuis aangerekend te worden en niet als perinatale sterfte ziekenhuis.

Het is dan ook geenszins uitgesloten dat de werkelijke perinatale sterfte van de verloskundige zorg thuis niet hoger is dan de perinatale sterfte in het ziekenhuis. Als de kaarten zo liggen, als de resultaten van verloskundige zorg thuis niet duidelijk beter zijn dan de resultaten van op pathologie geselecteerde, ziekenhuisverloskunde, dan zou kunnen blijken dat thuisbevalling misschien toch niet zo goed is als men ons voorhoudt.

Het valt moeilijk te begrijpen hoe het mogelijk is dat iemand van de standing van collega HUYGEN zich zo weinig gehinderd voelt door terechte kritiek en voortgaat met het poneren van stellingen die naar mijn mening niet getuigen van wetenschappelijk kritisch inzicht.

Literatuur: AVOORT, J.H.J.M. VAN DER, D. BOER, W.N. DE LAAT en M. POL (1979) *Med. Contact* 34, 1041. – HUYGEN, F.J.A. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 678. – HUYGEN, F.J.A., J. VAN EYK en T. VOORN (1979) *Med. Contact* 34, 925.

Eindhoven, april 1982

J.H.J.M. MEUWISSEN

De door mij aangehaalde cijfers zijn ontleend aan jaarverslagen van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Het is geenszins de bedoeling geweest hiermee iets te willen „bewijzen”, hetgeen naar mijn mening door de context duidelijk werd gemaakt. Ik stelde slechts dat dergelijke gegevens ons in het licht van het artikel van Van de Wetering de Rooy te denken kunnen geven en waarschuwen daarbij voor te simplistische interpretaties. Op het gebied van het beloop van bevallingen en de daarbij optredende stoornissen, leidend tot moederlijke en kinderlijke morbiditeit en mortaliteit hebben wij uiteraard te doen met een zeer complexe problematiek.

Het ware te wensen dat goed opgezet, gecontroleerd prospectief onderzoek meer licht zou brengen in de verhoudingen van ziekenhuis- en thuisbevalling. Het ziet er naar uit dat dergelijk onderzoek thans nog alleen in Nederland op verantwoorde wijze kan worden uitgevoerd.

Nijmegen, april 1982

F.J.A. HUYGEN

Lactatieremming door bromocriptine naar behoefte van de kraamvrouw; een poging tot dosisverlaging

VAN DER AVOORT en MEUWISSEN (1982) publiceren de resultaten van een prospectief en een retrospectief onderzoek, waarin alle 120 kraamvrouwen werd geadviseerd pas bromocriptinetabletten te gebruiken voor primaire lactatieremming, zodra borstvoeding of melkvloed werd bemerkt. Gemiddeld werden slechts 12 tabletten gebruikt.

Wij ondersteunen de mening van de auteurs, dat verminderen van de hoeveelheid in te nemen medicamenten bij het behoud van therapeutisch effect een goede zaak is. Hun onderzoek en conclusies roepen echter enige vragen op:

1. Bromocriptine remt de prolactine-afgifte door de hypofyse, doch biedt geen directe oplossing voor reeds aanwezige stuwing, pijn of lactatie. De symptomen zullen pas enige tijd na daling van de prolactinespiegel verdwijnen, hetgeen wel 24 uur kan duren. Vooral wanneer gedurende de nachtelijke uren stuwing optreedt, zal dit aanleiding kunnen geven tot duidelijke klachten. Tijdelijke stuwing doet eveneens het infectiegevaar toenemen. Bromocriptine-gebruik op symptoom verlicht de symptomen dus niet direct. Bij primaire lactatieremming kan men onzes inziens door adequaat gebruik van bromocriptine de klachten beter voorkomen.

2. In de meeste dubbelblinde onderzoeken met bromocriptine versus placebo werden als criteria voor de effectiviteit van de behandeling het voorkomen van melkafgifte, stuwing en pijn geregistreerd zowel door de vrouw als door de arts. In het onderzoek van Van der Avoort en Meuwissen ontbreken deze criteria. Het lijkt niet onwaarschijnlijk dat, gezien de onder 1 gemaakte opmerking, de vrouwen weinig tabletten gebruikten, omdat ze er geen direct resultaat van waarnamen.

3. Het gebruik van een prospectieve en een retrospectieve groep is statistisch gezien op zijn minst ongebruikelijk.