

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 stuwings, 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 stuwings optreedt, zal dit aanleiding kunnen geven tot duidelijke klachten. Tijdelijke stuwings 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, stuwings 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.