

uitkomsten van nu in gang zijnde prospectieve onderzoeken zullen moeten uitwijzen in hoeverre medicamenteuze therapie ook voor patiënten met een macroprolactinoom een alternatief dan wel de voorkeursbehandeling gaat vormen.

Literatuur: ASSIES, J. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1139.
– EVERS-MANN, T., R. EICHINGER, R. FAHLBUSCH e.a. (1981) *Schweiz. med. Wschr.* III, 1782.

J. ASSIES

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Bruno Mendel Fellowship 1983

De Council of the Royal Society te Londen roept gegadigden op voor het Bruno Mendel Fellowship, voor een periode van een jaar, ingaande 1 oktober 1983. Verlenging tot twee jaar is mogelijk en bij uitzondering ook tot drie jaar. Het fellowship wordt aangeboden aan afgestudeerden, woonachtig in het Verenigd Koninkrijk, Nederland of Israël, ten einde deze in de gelegenheid te stellen medisch of biomedisch onderzoek te verrichten aan een universiteit of andere instelling voor medisch-wetenschappelijk onderzoek. De toelage, verbonden aan het fellowship, is afhankelijk van het land waar het onderzoek wordt uitgevoerd; in

de regel wordt het niveau aangehouden van een „junior research fellowship” in het Verenigd Koninkrijk, met eventuele extra vergoedingen voor reiskosten en pensioenbijdragen.

De benoeming zal geschieden overeenkomstig de reglementen van het Bruno Mendel Fellowship (herzien in mei 1976), die op aanvraag verkrijgbaar zijn.

Sollicitaties, in het Engels gesteld, dienen vóór 28 februari 1983 door de Royal Society te zijn ontvangen. Gegadigden in Nederland kunnen de daarvoor bestemde formulieren aanvragen bij het secretariaat van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, Kloveniersburgwal 29, Amsterdam.

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

Anencefalie in Nederland

Het overigens zeer interessante artikel van Romijn et al.¹ geeft aanleiding tot het maken van een opmerking en het stellen van een vraag. De opmerking heeft betrekking op de zinsnede dat de geboorte van kinderen met defecten van de neurale buis voorkómen kan worden door vroegtijdige beëindiging van de zwangerschappen waarbij de foetus is aangetast. Aangezien de diagnose anencefalie respectievelijk spina bifida zelden wordt gesteld vóór de 16e week van de graviditeit moet men, wanneer na het stellen van een dergelijke diagnose wordt overgegaan tot afbreken van de zwangerschap, spreken van (geïnduceerde) partus immaturus.² De geboorte van een afwijkend kind wordt niet voorkómen maar vervroegd, met het doel het leed voor de ouder(s) te beperken (of dit in alle gevallen gelukt dient overigens te worden betwijfeld³).

De vraag die zich opdringt bij het lezen van de beschouwing over mogelijke oorzaken van de daling van de incidentie van anencefalie is of de pariteit enige invloed zou kunnen hebben. In de bestudeerde periode zal de multipariteit geleidelijk zijn afgenomen ten gunste van de primipariteit. Is het de auteurs bekend of deze factor wellicht een rol heeft gespeeld?

Collega Slot heeft gelijk: wij hebben ons eufemistisch uitgedrukt toen wij stelden dat de geboorte van een kind met een defect van de neurale buis voorkómen kan worden door vroegtijdige beëindiging van de zwangerschap. In feite vindt ook dan een (vroegtijdige) geboorte plaats; door de ouders wordt dit veelal ook zo ervaren.

Wat de invloed van de pariteit betreft: ons zijn geen exacte gegevens hierover bekend. Een belangrijke invloed van de pariteit lijkt echter onwaarschijnlijk. In het algemeen is het zo dat het herhalingsrisico na één kind met een defect van de neurale buis evenredig is met de incidentie van de aandoening in de populatie. In Nederland is het herhalingsrisico in een volgende zwangerschap (dus bij een hoger pariteitsnummer) nu dan ook zeer laag (<2%), naar alle waarschijnlijkheid veel lager dan vroeger.

Amsterdam, januari 1983

J.A. ROMIJN
P.E. TREFFERS

De opmerkingen van Romijn, Smit en Treffers¹ over de seizoeninvloed op anencefaliegeboorten en -concepties in Nederland en andere landen kunnen worden aangevuld met de elders gepubliceerde statistische bewerking van CBS-gegevens vanaf 1951 tot 1968. Inderdaad bleek er een periodiciteit te bestaan voor de anencefalie-incidentie per 1000 geboorten, zelfs in vrijwel elk jaar afzonderlijk, nl. in 14 van deze 18 jaren ($p < 0,01$; harmonische analyse).² Deze periodiciteit echter bleek ook aanwezig voor het totaal aantal geboorten, nl. in 16 van deze 18 jaren ($p < 0,01$; harmonische analyse). Bovendien werd tussen de maandelijkse geboortenaantallen en de anencefalie-incidentie per 1000 geboorten in 16 van de 18 jaren een positieve correlatie aangetoond en eveneens voor de „overall” correlatie na

LITERATUUR

¹ Romijn JA, Smit DE, Treffers PE. Anencefalie in Nederland in de periode 1950-1980, regionaal en in de tijd. *Ned Tijdschr Geneesk* 1982;126:2185-8.

² Slot MAC. Over de partus immaturus. Amsterdam, 1981. Proefschrift.

³ Leschot NJ, Verjaal M. On prenatal diagnosis. Amsterdam, 1982. Proefschrift.

Amsterdam, december 1982

M.A.C. SLOT

correctie voor de tijdstrend ($p < 0,001$). Dit betekent dat jaar op jaar een disproportionele toe- en afname van anencefalie-geboorten (of -concepties) samenvallen met de ogenblikken van de sinds lang bekende seizoengebonden geboorte- (of conceptie-)schommelingen,³ die nog steeds aanwezig zijn. Een zelfde disproportionele geboorte-toe- en -afname van jongen met cerebrale afwijkingen blijkt ook bij bepaalde zoogdieren samen te vallen met de fysiologische geboorteschommelingen.⁴

In dit tijdschrift werd reeds vroeger gewezen op een seizoengebonden periodiciteit bij doodgeboorte in Nederland en andere Westeuropese landen, zoals West-Duitsland, Denemarken, Engeland en Wales, Noorwegen en Zweden.⁵ Wij vonden vaak een zelfde periodiciteit nl. in 10 van dezelfde 18 jaren ($p < 0,025$; harmonische analyse).⁶ Daar anencefalie slechts 4 à 5% van de doodgeboorte uitmaakt, ligt het voor de hand, dat de etiologische factor(en) die leiden tot anencefalie ook doodgeboorte kunnen veroorzaken, hetgeen een zeer pleiotrope teratologische factor suggereert.

Allerlei factoren kunnen hierin een rol spelen. o.a. voeding, zoals Romijn c.s. en vele anderen vermoeden. Veel crucialer lijkt ons echter de coïncidentie van de disproportionele toe- en afname van pathologische geboorten (of concepties) met seizoengebonden pieken en dalen van het totale aantal geboorten (of concepties). Deze coïncidentie pleit tegen Mendeliaanse erfelijkheid en voor een reproductie-genetische factor, evenals trouwens het dikwijls signaleerde leeftijds- en pariteitseffect en de spectaculaire afname van anencefalie en doodgeboorten in de laatste drie decennia.

De bevindingen dat ook individuen met het syndroom van Down een analoge seizoengebonden geboortecurve vertonen – bij uitstek in geval van non-disjunctie tijdens de eerste maternale rijpingsdeling ($p < -0,015$, Kolmogorov-Smirnov-toets) – moge erop wijzen dat deze etiologische factor niet ná de ovulatie of tijdens de zwangerschap werkzaam is, maar er vóór, met name tijdens de rijping van de eicel.⁷ Onderzoek van de evolutionaire oorsprong van de menstruele cyclus van de mens en vergelijkende diergegevens zouden deze epidemiologische wetmatigheden verder kunnen ophelderen.⁸

LITERATUUR

- 1 Romijn JA, Smit DE, Treffers PE. Anencefalie in Nederland in de periode 1950-1980, regionaal en in de tijd. Ned Tijdschr Geneesk 1982;126:2185-8.
- 2 Jongbloet PH, Bezemer PD, Erkelens-Zwets JHJ van, Theune JA. Chronobiologia 1982;9:273.
- 3 Herwerden MA van. Bijdrage tot de kennis van menstrueelen cyclus en puerperium. Utrecht, 1905. Proefschrift.
- 4 Ley G de, Moor A de. Vlaams Diergeneesk T 1977;46:179.
- 5 Hoogendoorn D. Ned Tijdschr Geneesk 1978;122:851-6.
- 6 Jongbloet PH, Bezemer PD, Dharma B, Theune JA. Ned Tijdschr Geneesk 1980;124:1837.
- 7 Jongbloet PH, Mulder AM, Hamers AJ. Hum Genet 1982;62:134.
- 8 Jongbloet PH. In: Reflecties en betrokkenheid. Bij het afscheid van JWM Jongmans, Geneesheer-directeur van Coudewater. (Ter perse.)

Ottersum,
Amsterdam, december 1982

P.H. JONGBLOET
P.D. BEZEMER

Operatie, hoe ervaar je dat?

Waardering is op z'n plaats voor iemand die over moeilijke dingen gemakkelijk weet te schrijven en dat zodanig doet dat bij elke clinicus wel iets blijft hangen van „een andere kijk op de ander”. Het artikel van collega Bruins over ervaringen in een ziekenhuis stemt tot nadenken en kan aanleiding zijn om een of meer dingen in de dagelijkse praktijk een klein beetje anders te gaan doen.¹

Collega Bruins verwoordt zijn ervaringen en gevoelens bekwaam en boeiend. Hij roept ons op om meer en beter aandacht en zorg te besteden aan intermenselijke contacten met onze patiënten. Hij wijst ons meer op het belang van goede patiënteninformatie, maar zwakt naar mijn mening zijn betoog af door op te merken: „Ik vind eigenlijk dat je voor een operatie van enige omvang één uur moet uittrekken voor informatie.” Een dergelijke uitspraak, hoe goed bedoeld ook, biedt degenen die zich niet zo zeer aangetrokken voelen tot verregaande patiënteninformatie, de mogelijkheid zich te excuseren „omdat er al weer iets onmogelijks van ons gevraagd wordt”. Nog afgezien van de onmogelijkheid om één uur voor informatie uit te trekken, het is naar mijn mening ook niet nodig. Zeker niet als een goed voorzien video-informatiecentrum in elk ziekenhuis ingericht zou worden, waarbij elke patiënt op elk moment een goed op patiënten afgestemd algemeen oriënterend video-programma over zijn eigen ziekte en behandeling één of meermalen, alleen of te zamen met een ander, kan gaan zien en daardoor in alle rust en aan de hand van goede tekeningen c.q. animaties, de basisinformatie kan verwerven die nodig is om de uitleg die de dokter zal geven, goed op te nemen en te begrijpen.

Ervaringen met videovoortlichting in het St. Josephziekenhuis te Eindhoven, waar sinds enkele jaren van deze mogelijkheid gebruik gemaakt wordt,² zijn voor patiënt en arts zeer positief gebleken. Videoprogramma's kunnen, beter nog dan folders, ondersteunend werken. Zij mogen – en daar heeft collega Bruins helemaal gelijk in – echter nooit het gesprek met de arts vervangen. Toch kan, als een patiënt een bepaald videoprogramma gezien heeft, het gesprek met de arts niet alleen beter maar ook verantwoord korter zijn. De ervaring leert dat video-ondersteuning optimale informatie in de zin zoals die door collega Bruins bedoeld is mogelijk kan maken. Het creëren van voorzieningen en het maken van programma's zullen wel enige inzet vergen, maar kunnen met weinig kosten tot stand gebracht worden en zijn dus ook in deze tijd van bezuinigingen nog mogelijk. Het is te hopen dat initiatieven die in dit opzicht genomen zijn in de naaste toekomst resultaat zullen hebben. Het artikel dat collega Bruins schreef, zal het klimaat dat hiervoor nodig is bevorderen, en dat op zich zelf is al de moeite waard.

LITERATUUR

- 1 Bruins CP. Operatie, hoe ervaar je dat? Ruimte voor het gevoel. Ned Tijdschr Geneesk 1982;126:2346-51.
- 2 Meuwissen JHJM, Beek LJM van der. Audiovisuele hulp bij patiënteninformatie. Med Contact 1981;36:403-6.

Eindhoven, december 1982

J.H.J.M. MEUWISSEN