

Antwoord. Een verband tussen bacteriën in wasgoed, dat tijdens het wasproces onvoldoende was verhit en het ontstaan van infecties is zeer moeilijk te bewijzen. Epidemiologisch onderzoek dat dit verband onomstotelijk aantoont is onze adviseur dan ook niet bekend. Dit neemt niet weg dat men moet eisen dat tijdens het wasproces van wasgoed dat in de medische praktijk wordt gebruikt ten minste pasteurisatietemperaturen worden gehaald. Dit gebeurt in goed mengende wasmachines bij 65°C (in 10 minuten) of bij 71°C in 3 minuten.¹

LITERATUUR

¹ Lowbury EJL, Ayliffe GAJ, Geddes AM, Williams JD, eds. Controls of hospital infection. A practical handbook. Chapman and Hall, 1975.

Wanneer is een zwangerschap serotien en wat dan te doen?

Vraag 10. Bij welke zwangerschapsduur wordt een graviditeit thans serotien genoemd? Waarop is deze termijn gebaseerd? Maakt het verschil of de vrouw een primi- of een multipara is? Betekent inleiding van de baring minder risico voor moeder en kind dan serotiniteit? Behoort een inleiding altijd een bewaakte partus te zijn (gynaecoloog, ECG, enz.)?

Antwoord. Algemeen wordt gesproken van serotiniteit (postmaturiteit, postterm pregnancy) wanneer de graviditeit verder is gevorderd dan 42 voltooide weken na de eerste dag van de laatste menstruatie, dus 294 dagen overschrijdt. Het aantal zwangerschappen dat tot zo lang voortduurt bedraagt ongeveer 9%. Waarschijnlijk is dit percentage in werkelijkheid iets lager omdat wij niet van alle zwangerschappen exact weten wat precies de termijn is. Grotere nauwkeurigheid is te verkrijgen door middel van echoscopisch onderzoek vroeg in de zwangerschap. De termijn van 42 weken is uiteraard een arbitraire grens. Klinisch heeft het begrip serotiniteit vooral betekenis omdat na deze zwangerschapstermijn de frequentie van intra-uteriene vruchtdood en foetale nood toeneemt. De oorzaak daarvan is onbekend. Het risico wordt groter wanneer andere risicofactoren aanwezig zijn zoals hypertensie en intra-uteriene groeivertraging. Het risico is voor de nullipara wat groter dan voor de multipara en voor jongens groter dan voor meisjes.

Men kan (achteraf) twee vormen van serotiniteit onderscheiden: een fysiologische vorm waarbij de langdurige zwangerschap een variant van het normale is en waarbij meestal een grote placenta en een relatief groot kind aanwezig zijn, met een normale hoeveelheid vruchtwater. Voor deze kinderen is het risico waarschijnlijk nauwelijks verhoogd. Daarnaast bestaat er een pathologische vorm van serotiniteit: kind en placenta zijn meestal wat kleiner, de hoeveelheid vruchtwater neemt af en in ernstige vormen gaat het kind tekenen van overdragenheid vertonen, wordt rimpelig met slechte turgor. Het loost meconium,

soms is er nauwelijks vruchtwater en men vindt op de huid alleen geelgroen meconium. Deze laatste vorm is minder frequent; het kind is kennelijk niet op het meest gunstige tijdstip geboren en loopt grotere risico's. Het is vóór de bevalling moeilijk tussen de twee vormen met zekerheid een onderscheid te maken.

Het is nog niet definitief uitgemaakt welke behandeling bij serotiniteit in het algemeen de beste is: inleiding van de baring of afwachten. In beide gevallen is echter bewaking van de foetus met moderne methoden noodzakelijk. Bij de nullipara is daartoe verwijzing naar de gynaecoloog bij 294 dagen noodzakelijk (tenzij er goede argumenten zijn om aan te nemen dat de zwangerschap minder ver gevorderd is). Bij de multipara zonder andere risicofactoren kan iets langer, maximaal een week, worden gewacht met verwijzen. Of tot inleiden van de baring wordt besloten, zal mede afhangen van de rijpheid van de portio; het is mogelijk dat juist in pathologische gevallen de portio onrijp is en de baring daardoor moeilijk op gang te brengen is.

Bij de beoordeling van het risico en bij de keuze van behandeling kan de individuele huisarts, verloskundige of gynaecoloog niet alleen op eigen ervaring afgaan. Het risico op sterfte is, ook bij een bedreigde groep als deze, niet hoger dan enige procenten. De ervaring van één arts, zelfs van één gynaecoloog, kan daarom nooit voldoende zijn om een goede keuze uit verschillende behandelingsvormen te maken. Slechts grote statistieken kunnen hier uitkomst brengen.

LITERATUUR

Kloosterman GJ. De voortplanting van de mens. In: Leerboek voor obstetrie en gynaecologie. Haarlem: Centen, 1981:265.

INGEZONDEN

Een kunstzout uit West-Duitsland; correctie

Een groot aantal lezers heeft zeer terecht de redactie erop geattendeerd, dat op Vraag 55¹ een onjuist antwoord is gegeven. De vraagsteller gaf de samenstelling van 2,5% toevoegsel („schoorpoeder”) op, doch niet de samenstelling van de overige 97,5%. Dit blijkt nl. ordinair keukenzout te zijn. Er is dus geen sprake van een „kunstzout”, dat als vervangmiddel voor keukenzout zou kunnen worden gebruikt. „Markensalz” is daarom een produkt dat met misleidende claims wordt verhandeld. Het mag en kan onder geen beding als vervangmiddel voor keukenzout worden gebruikt, want het is grotendeels keukenzout, en daarmee een gevaar voor de gezondheid van patiënten die een zoutarm dieet moeten gebruiken. De Warenwet kent specifieke (Europees gecoördineerde) criteria voor de samenstelling van kunstzouten. Het is duidelijk dat dit produkt daaraan niet voldoet, en het zal in Nederland dan ook nooit als kunstzout mogen worden verhandeld.

LITERATUUR

¹ Een kunstzout uit West-Duitsland. Ned Tijdschr Geneeskd 1982; 126: 2354.