

Ook artsen zullen op grond van hun leefsituatie, ervaring en overtuiging verschillend wegen en oordelen. Ik hoop alleen dat het oordeel van de deskundige niet zo luid in het erfelijkheidsadvies doorklinkt dat (aanstaande) echtparen geen eigen beslissing over hun nageslacht kunnen nemen.

Misschien heb ik hiermee collega Tjaden duidelijk gemaakt dat er geen eensluidend antwoord mogelijk is op een zo omvangrijk en gevarieerd probleem. Wel ben ik hem erkentelijk voor zijn pleidooi voor de waarde van een medemens met een aangeboren/erfelijke afwijking. Ik ben met hem van mening dat een samenleving die niet meer voor haar zwakkeren zou willen zorgen, een sterk verarmde samenleving zou zijn. Maar ik geloof niet dat het streven naar het voorkómen van de geboorte van gehandicapten, zelfs door het afbreken van een zwangerschap in geval van een aangetoonde afwijking van de vrucht, strijdig hoeft te zijn met een positieve opvatting over de waarde van kinderen of volwassenen met een aangeboren/erfelijke afwijking.

LITERATUUR

¹ Galjaard H. Van mensen naar moleculen . . . en terug? Ned Tijdschr Geneeskd 1982;126:2335-43.

Rotterdam, januari 1983

H. GALJAARD

De lage opkomst in Nederland van oudere aanstaande moeders voor prenatale diagnostiek

Mw. Thomassen-Brepols en haar mede-auteurs konden geen verband vinden tussen de opkomst van vrouwen boven de 38 jaar voor vruchtwateronderzoek en de plaatselijke faciliteiten voor vruchtwaterpunctie.¹ Het komt ons voor, dat deze conclusie onjuist is.

In tabel 1 van hun artikel staan zes steden genoemd, die een opkomstpercentage hebben boven het landelijk gemiddelde van 20%. Twee van deze steden hebben een centrum voor prenatale diagnostiek (Rotterdam en Groningen). Wat de vier andere steden betreft, twee daarvan (Arnhem en Nijmegen) hebben wel degelijk faciliteiten voor vruchtwaterpunctie. Het is dan ook merkwaardig, dat nergens onderzocht wordt waarom een stad als Arnhem zo ver bovenaan staat en dat juist Nijmegen wordt aangehaald als voorbeeld voor een stad met een opkomstpercentage boven het landelijke gemiddelde, terwijl het geen eigen lokale punctiefaciliteiten zou hebben. Men gaat daarbij geheel voorbij aan het feit, dat Nijmegen slechts 15 km van Arnhem verwijderd is en dat er een goede samenwerking in dit opzicht bestaat.

Enige jaren geleden werd een brief verzonden aan de perifeer werkende specialisten die vruchtwaterpuncties verrichtten, met het zeer dringende verzoek hiermee te stoppen. Door Verjaal, Leschot en Treffers² is namelijk aangetoond, dat gynaecologen die slechts incidenteel vruchtwaterpuncties verrichten, aanmerkelijk slechtere resultaten hebben dan gynaecologen werkzaam in een centrum, die deze puncties veel vaker doen. Mede in verband met dit onderzoek werd in de brief voorgesteld dat drie centra in den lande, namelijk Rotterdam, Amsterdam en Groningen waar ook de kweeklaboratoria gevestigd zijn, aangevuld met Leiden en Utrecht, dit wel zouden doen.

Wij konden ons geheel verenigen met het verzoek tot centralisatie met betrekking tot de laboratoria, voor de

vruchtwaterpuncties meenden wij echter dat ook regionalisatie een vereiste was. Daar wij meenden aan de gestelde eisen te voldoen, zowel naar kwantiteit als naar kwaliteit, zijn wij met de puncties doorgegaan. In onze regio verricht slechts één gynaecoloog de puncties; hierdoor heeft hij een ervaring opgebouwd, die vergelijkbaar is met de ervaring van gynaecologen in de universitaire centra.

Van de puncties die in Arnhem en Nijmegen werden verricht, werd het overgrote deel in ons eigen „centrum” gedaan. Al met al een duidelijk pleidooi voor de regionalisatie. Juist in de wat minder grote steden is het contact met huisarts, verloskundige en patiënten zoveel directer, wat waarschijnlijk tot het hogere opkomstpercentage leidt. Naar onze mening dient de conclusie van het artikel dan ook te zijn: „Regionale centra voor vruchtwaterpuncties zullen een positief effect hebben op het opkomstpercentage!” In feite is het artikel op zichzelf reeds een pleidooi voor het regionaal organiseren van vruchtwaterpuncties. Dit blijkt uit het volgende citaat: „Gezien de gedifferentieerde organisatie van de prenatale zorg en verloskunde in ons land, is dit geen eenvoudige taak, omdat zowel huisartsen, verloskundigen als klinisch specialisten moeten worden voorgelicht en gemotiveerd voor het verwijzen.” Dit is stukken eenvoudiger wanneer men per regio dit probleem aanpakt. Bij protocollen, patiëntenbesprekingen e.d. kan er nu steeds op gewezen worden! Het overduidelijke bewijs wordt geleverd door de regio Arnhem, de enige in ons land waar het internationale percentage tussen de 50 en 80 werd behaald.

In het artikel wordt ook aangetoond dat het opkomstpercentage afneemt bij een afstand van 40 tot 80 km. Ook dit is een duidelijk pleidooi voor regionalisatie. In de eerder vermelde brief werden vijf vruchtwaterpunctieplaatsen geadviseerd. Vier van deze plaatsen (Amsterdam, Leiden, Utrecht en Rotterdam) liggen in een cirkel met een straal van 20 km. Met een dergelijke spreiding over ons land zal het opkomstpercentage nooit veel hoger komen.

LITERATUUR

¹ Thomassen-Brepols LJ, Jahoda MGJ, Drogendijk AC, Galjaard H. De lage opkomst in Nederland van oudere aanstaande moeders voor prenatale diagnostiek. Ned Tijdschr Geneeskd 1982; 126: 2262-6.

² Verjaal M, Leschot NJ, Treffers PE. Risk of amniocentesis. Prenatal diagnosis 1981; 1: 173-81.

Arnhem,
Nijmegen,
Apeldoorn, december 1982

M.D. KLOOSTERMAN
T.K.A.B. ESKES
W. VLAANDEREN

Wij danken collega Kloosterman e.a. voor hun reactie, welke ons bovendien de gelegenheid geeft enkele achtergronden van de wenselijkheid van centralisatie van de prenatale diagnostiek van aangeboren afwijkingen aan te geven. Reeds enkele jaren geleden was er internationaal en nationaal zoveel ervaring opgedaan met vruchtwaterpuncties in de 15e-16e week van de zwangerschap, dat geconcludeerd kon worden dat het risico voor de ongeborene het geringste is en de kans op een betrouwbare en snelle uitslag het grootste indien de vrouwenarts voldoende ervaring met de vroege amniocentese heeft opgebouwd en kan onderhouden, en wanneer er een zo nauw mogelijk contact bestaat tussen de vrouwenarts en het laboratorium dat de vruchtwatercellen onderzoekt. In Denemarken bestaat de wettelijke eis dat een vrouwenarts minimaal 200 vroege vruchtwaterpuncties moet verrichten. In ons land beschouwen op dit terrein ervaren vrouwenartsen 100 vruchtwaterpuncties per jaar als absoluut minimum.

Voor het bereiken van optimale analysesresultaten en een

doelmatig gebruik van personele en materiële middelen is het noodzakelijk het laboratoriumonderzoek van de prenatale diagnostiek te centraliseren. In ons land zijn de academische centra in Groningen, Amsterdam en Rotterdam aangewezen voor deze taak en het verheugt ons dat ook collega Kloosterman e.a. een dergelijke centralisatie steunen.

De vraag is echter in hoeverre ook centralisatie van de vroege amniocentese noodzakelijk is en Kloosterman e.a. pleiten voor regionalisatie hiervan, omdat dit een betere mogelijkheid zou bieden de huisartsen, vroedvrouwen en specialisten in een bepaalde regio te motiveren, waardoor hun inziens het opkomstpercentage voor prenatale diagnostiek zou kunnen stijgen.

Alhoewel wij niet ontkennen dat deskundigen in het algemeen meer gemotiveerd zijn bepaalde onderzoeken onder de aandacht van hun patiënten te brengen indien zij de desbetreffende onderzoeken zelf kunnen uitvoeren, menen wij dat er op dit ogenblik geen goede argumenten zijn welke de conclusie van de vraagstellers rechtvaardigen. De gegevens vermeld in ons artikel over het opkomstpercentage en de opkomstpercentages in kleinere, niet door Kloosterman e.a. genoemde steden, tonen aan dat er verschillende regio's zijn waar wel faciliteiten voor de vroege vruchtwaterpunctie zijn terwijl het opkomstpercentage voor prenatale diagnostiek toch gering is en omgekeerd. Wij menen, en dat wordt gestaafd door een binnenkort te publiceren onderzoek onder 38-jarige zwangeren in Rotterdam, dat de belangrijkste oorzaken dat zwangeren met een verhoogd genetisch risico geen vruchtwateronderzoek ondergaan, zijn: onvoldoende kennis van de mogelijkheden bij de zwangeren en bij artsen en vroedvrouwen, geruststelling door degene die bij de prenatale zorg betrokken is, overschatting van de risico's van de ingreep, en religieuze of ethische bezwaren tegen een eventuele afbreking van de zwangerschap. Het ontbreken van lokale faciliteiten voor de vruchtwaterpunctie speelt geen rol.

Het hoge opkomstpercentage dat in Arnhem wordt bereikt (60%) schrijven wij toe aan goede voorlichting en duidelijke motivatie van de desbetreffende vrouwenarts en aan goed samenspel tussen hem en de andere artsen en vroedvrouwen die bij de prenatale zorg in deze regio zijn betrokken. Wegens de bijzondere situatie dat in het academisch centrum te Nijmegen prenatale diagnostiek met als eventuele consequentie afbreking van de zwangerschap op religieuze/ethische gronden wordt afgewezen, zullen bovendien zwangeren met een verhoogd risico uit deze stad naar Arnhem worden verwezen voor een vruchtwaterpunctie.

Uit dit voorbeeld van een hoog opkomstpercentage kunnen naar onze mening geen algemene conclusies worden getrokken voor het beleid ten aanzien van vroege amniocentese. Kloosterman e.a. pleiten voor regionalisatie, die echter in ons land reeds (meer dan) verwezenlijkt is. In het afgelopen jaar werden in ten minste 10 centra vruchtwaterpuncties verricht, namelijk in de academische centra te Rotterdam (meer dan 1000), aan de G.U. en V.U. te Amsterdam en in Groningen (honderden), in Leiden, Utrecht en Maastricht (tientallen tot meer dan honderd) en ook in Arnhem en incidenteel in Den Haag, Zwolle en een enkele andere plaats. Ondanks deze, naar onze mening te grote spreiding was het landelijk opkomstpercentage slechts 21.

Spreiding en faciliteiten voor vroege amniocentese over te veel ziekenhuizen heeft het nadeel van te geringe ervaring en communicatieproblemen met het laboratorium waar de vruchtwatercellen worden geanalyseerd. Uit de ervaring van de collegae Jahoda en Sachs in Rotterdam blijkt dat

zelfs op een totaal van ruim 6000 prenatale diagnosen het risico op abortus als gevolg van de vruchtwaterpunctie nog verder afnam en de kans op een snelle en betrouwbare uitslag nog toenam gedurende de laatste 1000 onderzoekingen. Tenslotte hebben noch onze collega's in Amsterdam, noch wijzelf ooit klachten van echtparen gehoord dat ze zo'n lange reis moesten maken om prenataal onderzoek te kunnen ondergaan. In ons kleine land behoeft men hoogstens 2 uur te reizen, en dat heeft iedereen er voor over als het gaat om zo'n belangrijke zaak als het voorkómen van de geboorte van een gehandicapt kind.

Wij hopen dat in de toekomst dit opkomstpercentage zal verbeteren door een betere opleiding in de klinische genetica van artsen en vroedvrouwen, meer kennis en bewustwording van eventuele risico's bij aanstaande ouders en een grotere bereidheid tot verwijzing naar centra voor prenatale diagnostiek.

Rotterdam, januari 1983

H. GALJAARD

Dyskinesia tarda

Roos komt in zijn overzicht over tardieve dyskinesie tot o.i. aanvechtbare adviezen voor de keuze van medicatie.¹ Zijn voorkeur voor thioridazine (Melleril) is weinig onderbouwd. Als motivatie wordt aangevoerd dat thioridazine weinig neurologische bijwerkingen veroorzaakt. Hij verwijst daarbij naar één onderzoek uit 1961, een welhaast archaisch tijdperk wat betreft onze kennis over neuroleptica. Indien goed gecontroleerd dubbelblind onderzoek als uitgangspunt wordt genomen, komt men tot de conclusie dat thioridazine als antipsychoticum gebruikt, in dezelfde mate extrapiramidale reacties veroorzaakt als krachtig werkzame neuroleptica.²⁻⁷ Bovendien stelt Roos in zijn artikel dat geen onderzoeken bekend zijn die een lagere frequentie van dyskinesia tarda bij thioridazine aantonen. Dat is een belangrijke opmerking maar in strijd met de rest van zijn betoog. Men zou daaruit toch moeten concluderen, tot voorzichtigheid in het aanprijzen van thioridazine.

Roos geeft terecht aan dat de combinatie van neuroleptica met anticholinergica de kans op tardieve dyskinesie verhoogt. Het feit dat clozapine en thioridazine tot de neuroleptica behoren met een sterke anticholinerge werking wordt over het hoofd gezien en is in strijd met zijn voorkeur voor deze middelen.

Kortgeleden is beschreven dat DT veroorzaakt zou kunnen worden door chronisch te hoog doseren met het neurolepticum.⁸ Neuroleptica dient men zo laag mogelijk te doseren maar natuurlijk met een adequaat antipsychotisch effect. Voor de ene patiënt kan dit met hetzelfde middel een zeer lage dosis betekenen, voor de andere een zeer hoge. Het optreden van extrapiramidale verschijnselen is bijna altijd een teken van overdosering en men zou dan niet onmiddellijk naar anti-parkinsonmiddelen moeten grijpen, maar de dosis van het neurolepticum verlagen.^{2, 8-12}

Roos schrijft dat het onderzoek nu gericht dient te worden op specifieke dopaminereceptorblokkerende stoffen. Welnu, dergelijke stoffen zijn in de kliniek in gebruik als neurolepticum (haloperidol, pimozide, fluspirileen, penfluridol en sinds kort broomperidol), sommige al meer dan twintig jaar. De nieuwste literatuur wijst duidelijk in de richting van het bestaan van slechts één dopaminereceptor, waaraan alle farmacologische, fysiologische en klinische effecten van neuroleptica gekoppeld zijn: de DA-2-receptor.¹³⁻¹⁵

De door Roos aangehaalde clozapine, is een in Nederland