

klinische resultaten slecht. De auteurs leggen de nadruk op het belang van overdilateren met een ballon die 1 mm groter is dan het vermoedelijke lumen, zonder rekening te houden met de radiologische vergroting.

De klinische resultaten van de ballondilataties zijn over het algemeen duidelijk beter dan die van de chirurgische behandeling uit de Cooperative Study,² maar de auteurs vestigen er de aandacht op dat de recente operatieresultaten beter zijn dan de vroegere, hetgeen vermoedelijk samenhangt met de andere selectie van de onderzochte groep ten gevolge van de medicamenteuze behandeling. Daarbij moet men bedenken dat de morbiditeit van de dottertechniek ook bij de patiënten, bij wie het resultaat technisch slecht was, slechts gelijk is aan die van een „langdurige” diagnostische angiografie. Mislukte ballondilatatie is dus verre te prefereren boven een operatie.

De complicaties worden ook besproken. De meest opvallende zijn dissecties die in 4 gevallen een omleidingsoperatie noodzakelijk maakten. Uit het na-onderzoek blijkt dat de bereikte resultaten in het algemeen blijvend zijn. Een nieuw gegeven is ook dat de niergrootte, bepaald door digitale

subtractieangiografie, in het algemeen met 12% toeneemt, hetgeen impliceert dat ballondilatatie ook bijdraagt tot behoud van functionerend nierweefsel.

Uit het onderzoek blijkt dat de A. renalis-angioplastiek doeltreffend is voor genezing van hypertensie, veroorzaakt door fibromusculaire hyperplasie of niet-ostiale atherosclerose. De nauwkeurige indeling in groepen kan vooral door samenwerking met andere centra tenslotte leiden tot een betere indicatiestelling. Aangezien de diagnostische angiografie niet veel belastender is dan de dilatatie, moet deze laatste altijd eerst geprobeerd worden, alvorens een vaatoperatie wordt overwogen.

LITERATUUR

- ¹ Sos TA, Pickering TG, Sniderman K, et al. Percutaneous transluminal renal angioplasty in renovascular hypertension due to atheroma of fibromuscular dysplasia. *N Engl J Med* 1983; 309:274-9
- ² Maxwell MH, Bleifer KH, Franklin SS, Varady PD. Cooperative study of renovascular hypertension: demographic analysis of the study. *JAMA* 1972; 22: 1195-204

C.B.A.J. PUIJLAERT

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)

Onderzoek en behandeling van hemofilie

De artikelen over draagsterschap van hemofilie en de consequenties voor het nakomelingschap¹ waren helder, ondanks de gecompliceerdheid van de materie. Ook helder voor mij als huisarts, die maar een geringe kans heeft enige ervaring op te doen met behandeling en begeleiding van lijders aan hemofilie. Er zijn immers ongeveer 1200 hemofiliepatiënten in Nederland.

Wat me echter niet duidelijk is: om welke reden laat een ouderpaar abortus verrichten, wanneer de nog niet geboren zoon van ongeveer 20 weken oud deze aandoening blijkt te hebben? Ik meen te weten, dat heden ten dage de behandeling, profylactisch of episodisch, de hemofiliepatiënt in staat stelt een bijna normaal leven te leiden.² De vraag dringt zich op: zal de dokter een verzoek om abortus dan nog moeten honoreren? Is de beslissingsboom op bladzijde 359 niet te ver uitgedroefd? Of anders: hoe hoog moet de kwaliteit van de behandeling van hemofiliepatiënten worden, wil het punt bereikt zijn, waarop de medewerking bij een verzoek om abortus moet worden geweigerd?

LITERATUUR

- ¹ Briët E, Bröcker-Vriënds A, Hermans J. Het onderzoek naar draagsterschap van hemofilie; de hedendaagse gang van zaken. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 354-60.
- ² Veltkamp JJ. De stand van zaken in de hemofiliebehandeling. *Ned Tijdschr Geneesk* 1979; 123: 2108-9.

Waddinxveen, maart 1984

C.N. VREEKEN

Collega Vreeken roert een belangrijk maar moeilijk probleem aan. Het antwoord op de vraag of abortus provocatus van een foetus met hemofilie acceptabel is zal anno 1984 vaak anders luiden dan 10 of 20 jaar geleden, de verbeterde behandelingsmogelijkheden hebben hierop zeker een belangrijke invloed gehad. Desondanks blijft hemofilie een ernstige afwijking, vooral wanneer de patiënt

het ongeluk heeft een antistof te krijgen tegen de ontbrekende stollingsfactor. Een dergelijke stof komt voor bij circa 10% van de mensen met ernstige hemofilie en maakt de gebruikelijke substitutietherapie onwerkzaam. Bij ernstige hemofilie zullen veel artsen dus wel bereid zijn om aan een zwangerschapsafbreking mee te werken. Bij milde hemofilie zullen de meeste artsen terughoudender zijn. Wanneer de nieuwe methoden van restrictie-fragmentlengte-polymorfisme worden gebruikt,¹ zal prenatale diagnostiek in de 8e week van de zwangerschap kunnen plaatsvinden. Hiermee zal althans aan het bezwaar van het late tijdstip van de zwangerschapsafbreking kunnen worden tegemoetgekomen. Belangrijker dan de mening van de artsen vinden wij echter het standpunt van de ouders (in spe). De afweging tussen het krijgen van een kind met hemofilie en het laten afbreken van de zwangerschap is in de eerste plaats hun beslissing. Het is de bedoeling van genetische advisering om de ouders zó goed te informeren dat zij een weloverwogen besluit kunnen nemen. Bij die informatie komt ook de behandelbaarheid van de aandoening uitgebreid aan de orde, evenals de ontwikkelingen op behandelingsgebied. Tenslotte dient te worden opgemerkt dat de beslissingsboom in ons artikel in elke fase een vrijheid van keuze inhoudt. Indien het een mannelijke vrucht mét hemofilie betreft, heeft het ouderpaar nog steeds de optie wél of niet voortzetten van de zwangerschap. Of artsen vervolgens bereid zijn om uitvoering te geven aan een eventueel verzoek om abortus, is een vraag die wij niet voor andere collega's kunnen (of willen) beantwoorden.

LITERATUUR

- ¹ Sixma JJ. Hemofilie, draagsterschap en prenatale diagnostiek. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 360-2.

Leiden, maart 1984

E. BRIËT
A. BRÖCKER-VRIËNDS
J. HERMANS