

⁴ Delemarre-van de Waal HA, Schoemaker J. Induction of puberty by prolonged pulsatile LRH administration. Acta Endocrinol 1983; 102: 603-9.

Amsterdam, mei 1984

C.B. LAMBALK
H.A. DELEMARRE-VAN DE WAAL
G.P. VAN REES

In hun boeiende artikel beweren Van der Meijden et al. dat LH-RH aangrijpt op de hypothalamus en dat HCG de hypofyse stimuleert.¹ Werken de onderzoekers niet 1 niveau te hoog? LH-RH stimuleert mijns inziens hypofyse en HCG grijpt aan op de gonaden.

LITERATUUR

¹ Meijden APM van der, Schreinemachers LMH, Janknegt RA. Intranasale toediening van luteïniserend hormoon-releaser voor de behandeling van de niet-ingedaalde testis. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 992-6.

Rotterdam, mei 1984

J. LIND

De collegae Lambalk, Delemarre-van de Waal, Van Rees en Lind hebben natuurlijk gelijk wanneer zij stellen dat LH-RH de hypofyse stimuleert en HCG de testis. Wij hopen dat zij onze bewering als een spijtig ingeslopen vergissing en niet als een gebrek aan basiskennis willen beschouwen.

Dat de intermitterende toediening van LH-RH met een infusiepompje essentieel is voor een optimale LH- en FSH-secretie door de hypofyse lijkt inmiddels vast te staan. Voor zover ons bekend, zijn er in de urologische literatuur nog geen publikaties verschenen waarin men deze wijze van toediening heeft toegepast voor de behandeling van de niet-ingedaalde testis.

Nijmegen, juni 1984

A.P.M. VAN DER MEIJDEN
L.M.H. SCHREINEMACHERS
R.A. JANKNEGHT

Een laboratoriumfout met dodelijke afloop

In de klinische les „Een laboratoriumfout met dodelijke afloop” gaat prof.dr. J. Kremer uitvoerig in op naspeuringen, door vele betrokkenen met inzet verricht, om de oorzaak van het onjuist bepalen van een rhesusfactor op te helderen.¹ Deze grote inzet was terecht, gezien het grote leed dat een patiënte en haar gezin hebben moeten ondergaan! Na lezing zijn wij met de gegeven beschrijving niet erg voldaan en wel om drie redenen:

1. Het is voor ons de vraag of een op zichzelf nuttige verhandeling over diverse foutenbronnen in laboratoria door een niet-laboratoriumspecialist in dit tijdschrift het best verwoord kan worden.

2. Geen laboratoriumdeskundige zal in ernst volhouden dat „in ons laboratorium geen fouten worden gemaakt”. Het is juist zo gesteld dat de laboratoriumspecialist meer tijd aan kwaliteitsbewaking spendeert dan enige andere collega en dat een laboratorium in het algemeen vrij exact kan aangeven hoe de foutenmarge bij diverse bepalingsoorten ligt.

3. De fatale, zeer betreurenswaardige rhesusfactoranalyse werd in hetzelfde jaar (1976) reeds gecorrigeerd door het eigen ziekenhuislaboratorium. Uit de les blijkt dat dit feit aan de aandacht van de destijds behandelend gynaecoloog is ontsnapt, met alle gevolgen van dien. Het artikel zou aan waarde gewonnen hebben indien behalve aan de geschetste laboratoriumproblemen een beschouwing zou zijn gewijd

aan het grote probleem van de verwerking van laboratoriumgegevens in kliniek en polikliniek. Dit is alleen al door de veelheid aan gegevens een groot probleem. Het opduiken van de correcte rhesusfactor in de retrospectief onderzochte status van patiënte is daarvan een triest voorbeeld. In de oratio pro domo waarmee het artikel wordt afgerond, wordt aan gynaecologen een voortreffelijkheid toegeschreven die met evenveel recht voor de klinisch-chemicus of laboratoriumarts geldt of, zo men wil, die in beide gevallen even sterk gerelativeerd dient te worden! Op dit punt ontbreekt het in het betoog aan evenwicht.

LITERATUUR

¹ Kremer J. Een laboratoriumfout met dodelijke afloop. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 985-7.

Rotterdam, mei 1984

B.G. BLIJENBERG
G.J.M. BOERMA

Ad 1. Aan het einde van de klinische les wordt dank gebracht aan allen die noodzakelijke gegevens ter beschikking hebben gesteld. Hiertoe behoorde ook het Hoofd van het betreffende streeklaboratorium (een laboratoriumspecialist). Zijn inbreng was zo belangrijk dat hij is gevraagd mede-auteur van het artikel te zijn. Daarvan werd afgezien omdat het desbetreffende streeklaboratorium gelokaliseerd had kunnen worden. Overigens is ook de auteur van deze klinische les door de aard van zijn werk niet onbekend met laboratoriumproblemen.

Ad 2. De gewraakte uitspraak werd door de in het artikel genoemde huisarts vernomen uit de mond van het Hoofd van het betreffende huisartsenlaboratorium. Er was geen reden om aan de ernst van deze uitspraak te twijfelen.

Ad 3. De zin: „Van elke gynaecoloog in Nederland mag worden verondersteld . . .” is niet bedoeld als een oratio pro domo en suggereert geen voortreffelijkheid maar een vanzelfsprekendheid. Als vergelijking kan men stellen dat van de Nederlandse Spoorwegen verondersteld mag worden dat de treinen elke dag op tijd vertrekken en aankomen zonder dat men de daarvoor verantwoordelijke personen enige voortreffelijkheid toeschrijft.

Groningen, juni 1984

J. KREMER

Bij het artikel van Kremer zouden wij enkele opmerkingen en aanvullingen willen plaatsen.¹

De niet direct met de patiëntenzorg belaste stafleden, zoals klinisch-chemici, kennen de bijna moedeloos makende zekerheid, dat ondanks niet aflatende zorg voor een optimale organisatie, gericht op een zo klein mogelijke kans op laboratoriumfouten en het voortdurend motiveren van de medewerkers, er toch laboratoriumfouten, waarvan sommige met dodelijke afloop, gemaakt blijven worden. Terwijl zij meestal wel met de negatieve zaken worden geconfronteerd, missen zij ter compensatie de positieve waardering van tevreden patiënten.

Om de kans op laboratoriumfouten te verkleinen, is onder meer een sluitende patiëntenidentificatie noodzakelijk. De door Kremer aanbevolen methode: het tijdens het afnemen van bloed door venapunctie voorlezen van de naam en adres of geboortedatum, zoals vermeld op het op de buis geplakte etiket geeft geen garantie dat de patiënt het voorgelezen verstaan en begrepen heeft (anderstaligen!). De patiënt kan dan onterecht met ja antwoorden. Onzes inziens verdient het de voorkeur de patiënt te vragen naar naam en geboortedatum en die gegevens te vergelijken met die van de op de buizen geplakte etiketten. Nadrukkelijk

willen wij er op wijzen, dat die werkwijze niet beperkt moet blijven tot bloedafnamen voor bloedgroep of kruisproeven. Een patiëntenverwisseling kan een laboratoriumfout veroorzaken die voor twee patiënten een verkeerde medische behandeling ten gevolg kan hebben.

Ter aanvulling willen wij pleiten voor het onderzoek naar de aanwezigheid van irregulaire antistoffen bij alle zwangeren in de 28e week van de zwangerschap, naar analogie van patiënten die een bloedtransfusie krijgen.

LITERATUUR

¹ Kremer J. Een laboratoriumfout met dodelijke afloop. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 985-7.

Venlo, mei 1984

J.M.W.A. VAN GEND
H.C. HOLTkamp

Het is geenszins de bedoeling geweest om door het signaleren van een laboratoriumfout en het vermelden van de frequentie waarmee deze fout wordt gemaakt, het adequaat functioneren van de medische laboratoria in Nederland in twijfel te trekken. Evenmin om geen oog te willen hebben voor het gevoel van moedeloosheid dat laboratoriumwerkers vaak zal bekruipten wanneer ze van klinische zijde wel kritiek krijgen op elke gemaakte fout en zelden of nooit waardering horen over een hoog percentage correcte uitslagen. De bedoeling van deze klinische les is geweest de lezer deelgenoot te maken van een gebeurtenis die voor alle betrokken partijen frustrerend is geweest, en om uit deze gebeurtenis lering te kunnen trekken.

Groningen, juni 1984

J. KREMER

Het rapporteren van een rhesusnegatief bloedmonster als rhesuspositief kan ernstige consequenties hebben, zoals door prof.dr. J. Kremer in zijn klinische les is beschreven.¹ Wij willen niet uitweiden over de maatregelen die men kan nemen om de frequentie van administratieve fouten en verwisseling van bloedmonsters te verminderen, en ook niet over het belang reagentia van betrouwbare firma's te betrekken en deze reagentia volgens voorschrift te bewaren en te gebruiken.

Fouten gemaakt door haast en onervarenheid zijn voor een deel te voorkomen door de bepaling door dezelfde analist op een andere wijze te laten herhalen. In ons laboratorium wordt elke negatieve en positieve rhesusuitslag gevolgd door een D^u-bepaling, en indien die ook negatief uitvalt, door een Ortho-Coombscontrole waarin dan agglutinatie zichtbaar moet zijn. Van alle bepalingen worden druppels bloed op kaarten gebracht, zoals door Ortho Diagnostics worden verstrekt. Na indrogen van het bloed worden de kaarten, na inspectie door de hoofdanaliste, in het archief bewaard. Aldus beschikken wij over een permanent en steeds weer opnieuw afleesbaar verslag van elke bloedgroepbepaling.

Een goede controle is, zoals prof. Kremer aangeeft, de bepaling op een ander bloedmonster van de patiënt te herhalen. Nog beter is die herhaling door een ander laboratorium te laten uitvoeren. Uit het verslag van de klinische les blijkt dat dit bij de patiënt tijdens de eerste zwangerschap ook is gebeurd. In 1976 is eerst door de vroedvrouw bloed ingestuurd (uitslag bloedgroep 0, rhesuspositief) en later door de gynaecoloog (uitslag bloedgroep 0, rhesusnegatief). Beide uitslagen waren in de status aanwezig. Het is niet op te maken uit de beschrijving of beide bepalingen ook op hetzelfde laboratorium zijn gedaan.

Zonder het laboratorium te willen vrijspreken - indien

beide bepalingen op hetzelfde laboratorium zijn uitgevoerd had men de fout ook zelf, en eerder, kunnen ontdekken - willen wij, met prof. Kremer, op het belang wijzen dat klinici ook voldoende aandacht besteden aan uitslagen van onderzoeken die zij zelf hebben aangevraagd en die in de status van hun patiënt aanwezig zijn.

LITERATUUR

¹ Kremer J. Een laboratoriumfout met dodelijke afloop. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 985-7.

Gouda, mei 1984

M.J. VAN OPDORP
A.A. VAN SOESTBERGEN

De tweede bloedgroep- en rhesusbepaling vonden in een ander laboratorium plaats dan de eerste bepaling.

Groningen, juni 1984

J. KREMER

In de klinische les van collega Kremer wordt de prognose voor een volgende zwangerschap van het echtpaar A wel erg ongunstig voorgesteld.¹ Met behulp van moderne diagnostische methoden is tijdens de zwangerschap de ernst van de hemolyse bij het kind betrouwbaar te meten. Indien de baring tussen de 32e en 35e week van de zwangerschap ingeleid moet worden, is de overlevingskans van het kind circa 90%. In gevallen waarbij het kind reeds voor de 32e week ernstig ziek is, bestaat de mogelijkheid met behulp van één of meer intra-uteriene intraperitoneale transfusies de anemie te bestrijden en zodoende de zwangerschap te rekken tot 34 of 35 weken. De overlevingskans van deze kinderen is 70-75%, terwijl de kans op een handicap niet groter is dan bij een prematuur kind van vergelijkbare leeftijd.

Bovenstaande resultaten kunnen echter slechts worden bereikt, indien de behandeling plaatsvindt in een centrum waar men voldoende ervaring met deze methoden heeft. Behandeling van de pasgeborene in een neonatologisch centrum met mogelijkheid tot „intensive care“-verpleging is noodzakelijk.

LITERATUUR

¹ Kremer J. Een laboratoriumfout met dodelijke afloop. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 985-7.

Leiden, juni 1984

J. BENNEBROEK GRAVENHORST

Ik ben het met collega Bennebroek Gravenhorst eens dat bij een volgende zwangerschap van het beschreven echtpaar de overlevingskans van het kind met de moderne intra-uteriene en neonatale behandelingsmogelijkheden redelijk goed zou zijn geweest. Dit werd ook door mij aan het echtpaar uitgelegd. De ernstige ziekte die het kind reeds intra-uterien zou moeten doormaken en de behandeling die daarvoor nodig zou zijn, vond het echtpaar echter niet acceptabel.

Groningen, juni 1984

J. KREMER

Ik heb de klinische les van prof.dr. J. Kremer met bijzondere belangstelling gelezen,¹ omdat ik als medisch adviseur van de advocaat van mw. P in 1983 een soortgelijke casus heb meegemaakt. Bij haar was ook een foutieve rhesusbepaling geschied of althans aan de vroedvrouw doorgegeven. Mw. P was primigravida. Zij was dus nooit eerder zwanger geweest en had ook geen abortus gehad; evenmin had zij ooit een bloedtransfusie gekregen. Zij