

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 zwangere 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 bekruipe 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