

- ² Pritchard JA. Management of preeclampsia and eclampsia. *Kidney Int* 1980; 18: 259-66.
³ Redman CWG. Treatment of hypertension in pregnancy. *Kidney Int* 1980; 18: 267-78.

Rotterdam, maart 1985

P.W. DE LEEUW
W.H. BIRKENHÄGER

Verloskundige consequenties van niet verwerkte rouw over een perinataal gestorven kind

Gaarne wil ik enige kanttekeningen plaatsen bij de klinische les van collega Eskes (1985; 433-6).

1. Hoe is het mogelijk, dat patiënte B een „dodgeborene meisje” baarde, dat vervolgens 3 dagen na de geboorte (opnieuw?) overleed?

2. Hoe kan de zoon van patiënte C „enkele uren na de thuisbevalling” overlijden, nadat hij reeds „levenloos geboren werd”?

3. Het lijkt mij een bijna ridicule vorm van medicalisering en een teken van vergaande vervreemding, als uit de foetale hartfrequentie op het CTG moet „blijken” of bij een zwangere angst aanwezig is!

4. Het beschreven „protocol” bij perinatale sterfte bevat een aantal doublures en is als „volgorde van handelingen” verre van systematisch. Het ezelsbruggetje van de beginletters getuigt van een naïeve onderschatting van de intelligentie van de lezers van het Tijdschrift.

5. Eén mogelijke oorzaak voor de problemen rond de rouwverwerking bij perinatale sterfte geeft collega Eskes zelf impliciet aan, als hij de agressie van patiënte A beschrijft in haar contacten met „diverse medewerkers van de kliniek”. Begeleiding door één vaste vertrouwenspersoon had deze houding wellicht kunnen voorkomen.

6. Een beter protocol (met ezelsbruggetje voor academi-
ci) ware misschien:

E Eén begeleider, die de ouders

S Steun geeft, waarbij

K Continuïteit is gewaarborgd, dus bij voorkeur iemand uit de

E Eerste lijn als coördinator van de *diverse*

S Specialisten (obstetricus, kinderarts, patholoog-anatoom, geneticus).

Zieuwent, maart 1985

G. MOLLEMAN

Het is verheugend vooral over verloskundige onderwerpen reacties uit de eerste lijn en met name van huisartsen te mogen ontvangen omdat zij helaas nog maar een kleine fractie van de verloskundige verzorging tot hun takenpakket rekenen.

De anamnese van de patiënten B en C bevatte inderdaad het gegeven „dodgeborene”, zowel in de anamnese als in de verwijsbrief. Bij navraag bleek het te gaan om neonatale dood. In beide gevallen was deze neonatale dood duidelijk te relateren aan het baringsgebeuren. Dat wij hebben getracht „angst” te objectiveren door middel van de gepubliceerde cardiogrammen kan inderdaad overkomen als „een bijna ridicule vorm van medicalisering”. Ik denk dat zich hier het principiële verschil van medische attitude voordoet tussen de subjectieve waarneming alleen en de objectieve documentatie van indrukken. Uiteraard is men door de volgorde van de letters „Perinatale Sterfte” gedwongen, de systematiek geweld aan te doen. Toch zouden wij wensen dat werkers in de verloskundige zorg zich

zouden willen verplichten zich althans aan enkele letters van dit begrip te houden. Het zou in ieder geval bij patiënte C hebben geleid tot een minder „naïeve” benadering.

Tenslotte hopen wij dat collega Molleman en met hem meer huisartsen eens in ons Tijdschrift zouden willen publiceren wat zij in het kader van de perinatale sterfte hebben bereikt met het door collega Molleman spitsvondig opgestelde protocol. Dit zou de zo gewenste samenwerkingverbanden zeer ten goede komen.

Nijmegen, maart 1985

T.K.A.B. ESKES

De behandeling van myomen

Dit artikel van collega Lammes (1985; 346-50) richt zich o.a. ook tot de vrouwenartsen in Nederland, van wie sommigen wellicht een wat erg ruime indicatie tot uterusextirpatie hebben.

In dit opzicht zou zijn artikel kunnen worden aangevuld door een vermelding van conservatieve medicamenteuze beïnvloeding van myomen door middel van een LH-RH-agonist, waardoor de toestand vóór de menarche (tijdelijk) wordt nagestreefd en de ovaria geen of veel minder steroïden (oestrogenen) produceren en behalve endometriosen ook myomen kunnen involueren.¹ Het middel is overigens nog niet in Nederland geregistreerd.

LITERATUUR

- ¹ Fraser HM. New prospects for luteinizing hormone releasing hormones: a contraceptive and therapeutic agent. *Br Med J* 1982; 285: 990-1.

Utrecht, februari 1985

J.W. BARENTS

In het caput selectum over de behandeling van myomen (1985; 346-50) vermeldt collega Lammes niet dat er door toediening van een LH-RH-agonist sterke verkleining van de omvang van een myoom kan plaatsvinden. Als aanvulling op zijn artikel zijn de publikaties van o.a. Healy et al. en Maheux et al. lezenswaardig.^{1,2}

LITERATUUR

- ¹ Healy DL, Fraser HM, Lawson SL. Shrinkage of a uterine fibroid after subcutaneous infusion of a LH-RH agonist. *Br Med J* 1984; 289: 1267.
² Maheux R, Guilloteau C, Lemay A, Bastide A, Fazekas ATA. Regression of leiomyomata uteri following hypoestrogenism induced by repetitive luteinizing hormone-releasing hormone agonist treatment: preliminary report. *Fertil Steril* 1984; 132: 644.

's-Hertogenbosch, maart 1985

G.H.B. BROEDERS

De mededelingen in de literatuur over de behandeling van myomen met een LH-RH-analoog zijn nog van zeer recente datum en betreffen casuïstische mededelingen. De regressie van myomen die verkregen wordt door de sterke hypofysaire remming van de oestrogeenproductie demonstreert de hormoon-afhankelijkheid van het myoom. Het staat echter nog geheel te bezien of de ingrijpende, langdurige remming van de oestrogeenproductie wel opweegt tegen de voordelen van deze behandeling. Het optreden van ernstige congesties doen vermoeden dat niet ten onrechte gesproken wordt van medicamenteuze castratie. Voorts is nog onduidelijk of een blijvende regressie kan worden verkregen. Vooralsnog zal deze behandeling beperkt moeten blijven tot uitzonderlijke situaties, alvorens een algemeen gebruik kan worden aanbevolen.

Amsterdam, maart 1985

F.B. LAMMES