

Zweedse wet gewijzigd en is, ongeacht de achtergronden, rechtsoverdracht tot ontkenning van het vaderschap mogelijk. Van deze mogelijkheid werd sindsdien enige keren gebruik gemaakt door mannen die de juridische vaders waren van kinderen die met hun toestemming door donoorinseminatie waren ontstaan. Het gevolg hiervan was dat deze kinderen hun vader verloren. Dit was aanleiding voor de Zweedse wetwijziging van 1985 waarbij een kind, verwekt door donoorinseminatie, het fundamentele recht wordt toegekend om zijn of haar genetische vader te leren kennen. Het is moeilijk in te zien dat deze kinderen hiermee gebaat zijn wanneer hun juridische vaders het af laten weten. Men had dit probleem bij de wetsverandering in 1978 moeten voorzien en tijdig maatregelen moeten treffen om de belangen van deze kinderen op andere wijze veilig te stellen. De grondgedachte van de Zweedse wet dat elk mens het morele recht heeft zijn afkomst te kennen is op zich zelf juist, maar dit recht moet niet juridisch worden vastgelegd wanneer daarmee voor alle betrokkenen schade kan worden aangericht.

Collega Lindeboom merkt op dat twee grote kerkgenootschappen in Nederland de KID principieel afwijzen. Dat de R.-K. Kerk (juister: de leiders van deze kerk) KID nog steeds afwijst is waar. Ook het tweede grote kerkgenootschap in Nederland, de Nederlands Hervormde Kerk, heeft zich tegen KID uitgesproken, maar dit is reeds bijna 30 jaar geleden, tijdens de Synode van 1957. Het valt te betwijfelen of deze uitspraak in 1985 opnieuw zou worden gedaan. Een verwant kerkgenootschap, de Gereformeerde Kerk (Synodaal) nam reeds in 1976 op de Synode van Maastricht een veel genuanceerder standpunt in. De leden van bovengenoemde kerkgenootschappen denken er in ieder geval anders over. Meer dan de helft van de echtparen die in de Utrechtse Universiteits Vrouwenkliniek KID lieten verrichten, was praktiserend lid van een kerk.¹ Meer dan de helft van de spermadonors was dat eveneens.

LITERATUUR

¹ Kremer J, Frijling BW, Nass JLM. Donorinseminatie en privacy. Med Contact 1981; 2: 41-4.

Groningen, juli 1985

J. KREMER

De invloed van H₂-receptorblokkerende middelen op de leverdoorbloeding

Naar aanleiding van het artikel van Drapers, Van Boxtel en Tytgat (1985; 1028-30), dat ik met interesse heb gelezen, wil ik het volgende opmerken. Mijns inziens is formule II:

$$E = Cl_i/Q + Cl_i$$

in deze vorm niet juist weergegeven; er zijn, wellicht buiten de schuld van de auteurs, twee haakjes weggefallen, waardoor minder „gemakkelijk valt af te leiden”, dat voor stoffen, waarvoor de lever een grote metabole capaciteit bezit Cl_H naar Q nadert, en dat voor stoffen met een lage intrinsieke klaring geldt dat $Cl_H \sim Cl_i$.

De juiste weergave van de formule is:

$$E = Cl_i/(Cl_i + Q)$$

en in $Cl_H = Q \times E$ gesubstitueerd:

$$Cl_H = Q \times Cl_i/(Cl_i + Q).^1$$

Nu volgt duidelijk dat bij $Cl_i \gg Q$ dat $Cl_H \sim Q$ en bij $Cl_i \ll Q$ dat $Cl_H \sim Cl_i$.

LITERATUUR

¹ Blaschke TF. Protein binding and kinetics of drugs in liver disease. Clin Pharmacokinet 1977; 2: 32-44.

Heerenveen, juni 1985

W. HOSPES

Geheel terecht wijst collega Hospes op een fout in het gepubliceerde artikel. Bedoeld werd de formule zoals door hem aangegeven. Zonder deze correctie valt de basis onder het betoog weg. De verschrijving was mij in de gepubliceerde versie nog niet opgevallen en ik ben collega Hospes dankbaar voor zijn correctie.

Amsterdam, juli 1985

J.A.G. DRAPERS

Acute ontsteking van het middenoor

Bij het artikel en het antwoord van collega Feenstra op een Ingezonden van Van Buchem (1985; 532-6 en 1108-9) wil ik gaarne enkele kritische kanttekeningen maken.

Bij het publiceren van een artikel in de rubriek *Capita selecta* mag de lezer veronderstellen dat de auteur zijn mening zoveel mogelijk op de beschikbare wetenschappelijke feiten baseert. Helaas baseert de auteur zijn advies uitsluitend op persoonlijke ervaring als hoofd van een keel-, neus-, oorheelkundekliniek, dat wil zeggen bij een sterk geselecteerde patiëntengroep. Het negeren van twee belangrijke klinische onderzoeken draagt niet bij tot een zinvolle discussie over de behandeling van otitis media acuta (OMA). Dat tegen het eerste onderzoek van Van Buchem methodologische bezwaren kunnen worden aangevoerd, is voor degenen die met dit probleem bekend zijn niets nieuws. Deze betreffen onder meer de (te) lage statistische „power”, de onevenredige verdeling van de uitval over de onderzoeksgroepen en de onderzoekseenheid („oor” in plaats van „kind”).¹ In tegenstelling tot collega Feenstra hebben deze auteurs hun bezwaren wel exact geformuleerd, zodat een wetenschappelijke discussie mogelijk is. Het ontbreken van enig argument tegen het onderzoek van Van Buchem blokkeert een zinvolle discussie. Opvallend is het feit dat Saah et al. in tegenstelling tot Feenstra het routinematig voorschrijven van antibiotica bepleiten.¹ Dit laatste is het huidige beleid in de V.S. Dit betekent dat medici helaas nog steeds aan persoonlijke indrukken meer waarde toekennen dan aan wetenschappelijke gegevens. Het is onwaarschijnlijk dat dit verschil alleen aan de bekende geografische verschillen betreffende het voorkomen van OMA kunnen worden toegeschreven.

Het vaststellen van een verandering van het aantal complicaties is zeer moeilijk, alleen al door de grote zeldzaamheid van complicaties na OMA. Mastoiditis wordt door de huisarts slechts éénmaal in de 4 à 5 jaren gezien.² Een toename van het aantal complicaties van OMA in een academische kliniek mag niet zonder meer aan een veranderd morbiditeitspatroon worden toegeschreven, maar kan zeer wel door een gewijzigde patiëntenstroom naar de kliniek van Feenstra verklaard worden. Dat diens pre-occupatie met ernstige complicaties gevaarlijk is, blijkt uit een ernstige omissie in zijn artikel. De meest voorkomende complicatie na OMA, slechthorendheid, wordt niet genoemd. Juist het voorkomen en de vroege diagnostiek van slechthorendheid is tegenwoordig verreweg het belangrijkste probleem bij OMA.^{3 4} Otitis media met effusie (OME) hangt hier nauw mee samen. Zo wordt tegenwoordig een verband verondersteld tussen recidiverende infecties van de bovenste luchtwegen en OME. Dit roept vragen

op betreffende eventuele indicaties voor antibiotica bij recidiverende infecties van de bovenste luchtwegen zoals OMA.

De door Feenstra gegeven adviezen dienen door de huisarts niet te worden opgevolgd. Het nut van paracentese is wetenschappelijk onbewezen. Ondanks de kritiek op het eerste onderzoek van Van Buchem kan mede op grond van het tweede onderzoek als vaststaand worden aangenomen dat de meeste gevallen van OMA geen behandeling behoeven. De door Feenstra gehanteerde indeling is van relatieve waarde, onder meer omdat deze stadia elkaar zeer snel kunnen opvolgen. Paracentese kan in stadium III soms nuttig zijn, vnl. als pijnbestrijding. Voor antibiotica bestaan zeker een aantal indicaties, bijvoorbeeld afwijkend beloop (qua duur, graad van ernst, recidivering bij risicogroepen e.d.). Nader onderzoek in de huisartsenpraktijk is noodzakelijk om tot scherper omschreven criteria te komen betreffende de indicaties van antibiotica dan wel paracentese bij OMA.

LITERATUUR

- 1 Saah AJ, Blackwelder WC, Kaslow RA. Treatment of acute otitis media. JAMA 1982; 248: 1071-2.
- 2 Continue Morbiditeitsregistratie. Gewone ziekten. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut, 1980.
- 3 Grote JJ, Melker RA de. Infecties van de bovenste luchtwegen, Utrecht: Bunge, 1980.
- 4 Kirkwood CZ, Kirkwood ME. Otitis media and learning disabilities. J Fam Pract 1983; 17: 219-27.

Utrecht, juni 1985

R.A. DE MELKER

Collega De Melker stelt dat mijn advies uitsluitend is gebaseerd op persoonlijke ervaring als hoofd van een keel-, neus-, oorheelkundekliniek. Los van het feit dat ik niet het

hoofd van de kliniek ben, is deze uitspraak ook verder niet volledig juist. Er is veel leeswerk in gaan zitten en ik heb veel eerstelijnspatiënten gezien.

Dat belangrijke klinische onderzoeken worden genegeerd is eveneens onjuist. Wellicht verschillen wij in de beoordeling van de inhoud en de conclusies. In mijn antwoord aan collega Van Buchem heb ik getracht aan te geven dat de conclusies uit zijn onderzoek niet door mij worden gedeeld. Het leek niet relevant om in extenso op zijn onderzoek in te gaan; dat zou dienen te geschieden in een ingezonden brief op zijn artikel.

Ik ben niet gepreoccupeerd met ernstige complicaties, wel ervoor beducht. Slechthorendheid is meestal niet een complicatie van OMA, maar een binnen het symptomencomplex niet op de voorgrond tredend verschijnsel. Impliciet staat dat vermeld: „in het algemeen vindt restitutio ad integrum plaats in minder dan twee weken tijd. Vaak wordt toch nog exsudaat aangetroffen tot circa acht weken na het ontstaan van OMA. Het slijmvlies, dat tijdens de acute fase van otitis media tot tachtig maal dikker dan normaal kan worden, zal geleidelijk weer afslanken”.

Uw advies aan de huisartsen lijkt mij slecht, uw aanbeveling aan het einde onvolledig: men moet beginnen met een scherpe(re) omschrijving van wat onder OMA moet worden verstaan. Niet alleen dat het niet steeds duidelijk is wat wel en wat niet onder dit schijnbaar zo vanzelfsprekende diagnostische etiket moet worden begrepen, blijkt uit de literatuur, ook het percentage door de eerste lijn verwezen patiënten met OMA bij wie dit door KNO-artsen niet als zodanig kan worden bevestigd, is niet onaanzienlijk. Het blijft een vaak moeilijke diagnose, waarbij mijn artikel wellicht hulp kan bieden.

Amsterdam, juli 1985

L. FEENSTRA

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Inschrijving Halcion blijft geweigerd

Op 30 mei 1985 heeft de Kroon een uitspraak gedaan over het beroep tegen de beslissing tot doorhaling van de registratie van het slaapmiddel Halcion (triazolam). Het College ter beoordeling van geneesmiddelen heeft op 5 februari 1980 de inschrijving in het register van farmaceutische specialités van Halcion-tabletten 0,5 mg en 0,25 mg doorgehaald. Aanleiding hiervoor waren de vele meldingen van bijwerkingen na het gebruik van het middel. Met de firma die het produkt in de handel bracht was hierover uitvoerig overleg gepleegd. Hierbij werd de gelegenheid geboden om de minst sterke vorm (de tablet van 0,25 mg) in de handel te houden op voorwaarde dat in de produktinformatie en de bijsluiter een aantal wijzigingen zou worden aangebracht. Deze hielden onder meer in een verlaging van de dosering en het vermelden van waarschuwingen en voorzorgsmaatregelen, alsmede de in Nederland gemelde bijwerkingen. De firma aanvaardde deze voorwaarden niet, waarna het College de inschrijving heeft doorgehaald. De firma stelde beroep in tegen deze beslissing.

In beroep is thans beslist dat het effect van het besluit van het College gehandhaafd blijft. Halcion mag derhalve niet in de handel worden gebracht. Het in de handel laten van het middel met de toentertijd geldende produktinformatie en bijsluiter wordt onaanvaardbaar geacht. Hierbij is gewezen

op verschillende buitenlandse bijsluiters van Halcion, waarin veel meer informatie over de mogelijke risico's van het gebruik van het middel is opgenomen. In de beslissing is ook ingegaan op de procedure die uiteindelijk tot doorhaling van de registratie heeft geleid. Op één onderdeel is de Kroon van oordeel dat het College niet die zorgvuldigheid heeft betracht die bij dergelijke beslissingen in acht dient te worden genomen. Het gaat hierbij om het gegeven dat het College zijn besluit weliswaar heeft genomen op grond van uitvoerige rapporten van de deskundigen, waarin de meldingen van bijwerkingen waren geëvalueerd, maar dat het geen kennis heeft gedragen van de gegevens op grond waarvan deze rapporten waren opgesteld.

Rijswijk, juni 1985

DRS. R.A. DROST,
secretaris van het

College ter beoordeling van geneesmiddelen

Subsidie van het Prinses Beatrix Fonds

Het Bestuur van het Prinses Beatrix Fonds te 's-Gravenhage deelt mede dat de gelegenheid bestaat verzoeken in te dienen om in het genot te worden gesteld van een subsidie voor wetenschappelijk onderzoek. De Stichting heeft ten