

Verloskunde van de huisarts

DOOR H. A. J. VERHAGEN, HUISARTS TE ZWOLLE

Nu langzamerhand enige getallen bekend worden van het Nederlands Huisartsen Genootschap onderzoek 1958 over „Verloskunde van de huisarts” is het interessant methoden en onderzoeken in Nederland te vergelijken met die in het buitenland, waar men zich eveneens bezig houdt met onderzoekingen betreffende de wijze waarop huisartsen hun verloskunde uitoefenen.

In Ierland heeft een onderzoek plaats gevonden *, waarbij men een stads- en een plattelandspraktijk heeft vergeleken. Zowel de manier waarop de verloskunde werd beoefend, als de resultaten werden hierbij naast elkaar gesteld. Vooral omdat in het N.H.G.-onderzoek over de verloskunde van de huisarts deze vraagstelling ook onder ogen zal worden gezien is het nuttig deze Ierse gegevens te vergelijken met enkele uitkomsten uit recente Engelse publikaties en, waar nu reeds mogelijk, enige gegevens van Nederlandse zijde ter vergelijking er naast te stellen.

Het Ierse onderzoek, dat zich over een periode van vijf maanden uitstreckte, betrof twee praktijken: een typische stadspraktijk in een industriestad (Belfast) en een typische plattelandspraktijk (Dungannon). De stadspraktijk was een groepspraktijk van drie artsen, de plattelandspraktijk een van een arts met zijn assistent-arts.

Het is jammer, dat dit onderzoek betrekking heeft op zeer kleine aantallen. De schrijver is er zich wel van bewust, dat daarom met de grootste voorzichtigheid conclusies moeten worden getrokken. De grotere getallen, welke het N.H.G.-onderzoek zullen opleveren, kunnen echter worden getoetst aan de gegevens die hier worden verstrekt, met inachtneming van de zeer grote verschillen tussen Ierland en Nederland.

Een vergelijking van het percentage vrouwen van het totaal aantal patiënten in beide praktijken (stadspraktijk 6.436, plattelandspraktijk 2.530 patiënten) bracht aan het licht, dat van de stadspraktijk een significant groter aantal vrouwen deel uitmaakt (54,7 tegen 49,9 procent). Eveneens bleek er een significant verschil tussen de groepen gehuwde vrouwen in de reproductieve leeftijd (15 tot 44 jaar) en wel 27,4 procent tegen 18,9 procent. Er is dus een groter percentage gehuwde vrouwen in de stadspraktijk, hetgeen misschien verband houdt met het trouwen van de plattelandsbevolking op latere leeftijd.

Een vergelijking van de pariteit ten opzichte van de

leeftijd wees uit, dat de gemiddelde leeftijd van de primigravidae in de plattelandspraktijk 28,5 jaar was en in de stadspraktijk 22,9 jaar. De vier of meer parae in de stadspraktijk maakte 46,9 procent van het totaal uit, terwijl dit voor het platteland 25 procent bedroeg, dat wil zeggen de stedelijke bevolking trouwt jonger en kan dus een groter aantal kinderen krijgen.

In de stadspraktijk is eens per week een spreekuur voor prenataal onderzoek. Vrouwen, die thuis zullen bevallen, wordt geadviseerd tot de dertigste week eens per maand op dit spreekuur te komen, tot de zesendertigste week eens per veertien dagen en daarna eens per week (schema van Browne). Wenst de aanstaande moeder in de kliniek te bevallen, dan krijgt zij een introductiebrief voor de kliniek welke zij verkiest, waarna zij daar haar verdere prenatale zorg ontvangt.

De huisartsen in Belfast worden niet betaald voor prenatale zorg aan vrouwen, die in de kliniek wensen te bevallen. Dit veroorzaakt vaak moeilijkheden voor die patiënten, die een complicatie krijgen bij de zwangerschap. Zij willen niet hun huisarts of vroedvrouw consulteren, omdat zij weten, dat deze er geen vergoeding voor ontvangt, hetgeen veel visites aan de kliniek, vaak per ambulance, tengevolge heeft, welke door een bezoek van huisarts of vroedvrouw hadden kunnen worden vermeden.

In de plattelandspraktijk wordt de prenatale zorg geheel door de huisarts verricht, ook als de partus in de kliniek plaats vindt. Er is hier geen speciaal prenataal spreekuur door gebrek aan medewerking van de patiënten, die vaak van ver moeten komen.

Mogen we nu de gegevens over het prenatale onderzoek vergelijken, met enkele recente Engelse publikaties. In een overzicht van het „Royal College of Obstetricians and Gynaecologists” wordt de prenatale zorg als volgt geclassificeerd:

- 1 voldoende: tenminste negen prenatale onderzoeken, te beginnen in de eerste drie maanden van de zwangerschap;
- 2 nauwelijks voldoende: tenminste zes prenatale onderzoeken, te beginnen in de tweede drie maanden van de zwangerschap;
- 3 onvoldoende: onderzoek alleen in de laatste drie maanden van de zwangerschap.

In het verloskundig onderzoek in Zuid-West Engeland door het College of General Practitioners

* Maguire, J. (1959) J. Coll. gen. Pract. 2, 22.

(1957) bleek, dat 63 procent van de patiënten zeven of meer malen werd gecontroleerd, terwijl 32 procent van drie- tot zesmaal een prenatale controle ontving. Bovendien bleek, dat primiparae frequenter werden gecontroleerd dan multiparae; van de primiparae werd 71 procent zeven- of meermaal gecontroleerd en van de multiparae bedroeg dit percentage 58. Dit onderzoek had betrekking op 4277 geboorten.

Het Ierse onderzoek, waarbij bleek dat de kwaliteit van de prenatale zorg in beide praktijken ongeveer gelijk was, omvatte algemene anamnese en toestand van de patiënt, onderzoek van het abdomen, onderzoek naar anemie en oedeem, bloeddruk en onderzoek van de urine op eiwit en suiker; alleen in de plattelandspraktijk werd het gewicht gecontroleerd. Daar praktisch alle primiparae naar de kliniek gingen, werd onderzoek van bloedgroep, rhesusfactor en reactie van Wassermann niet als routine gedaan, zulks in tegenstelling met de in Nederland gangbare opvattingen.

Een vergelijking van de kwantitatieve prenatale zorg in beide praktijken (gemeten naar het aantal onderzoeken) bracht geen grote verschillen naar voren bij de bevallingen thuis, namelijk 5,4 voor de stad en 5,1 voor het platteland. Men moet bovendien bedenken, dat in deze gevallen de patiënten ook nog door de vroedvrouw werden gecontroleerd. De vrouwen die in de kliniek bevielen hadden een grotere frequentie, namelijk in beide praktijken 7. In beide praktijken trachtte men het schema van Browne te volgen, waardoor men op een frequentie van twaalf controles zou komen.

Nagegaan werd in beide praktijken op welk moment de zwangere voor haar eerste controle kwam. De zwangerschap werd in drie driemaandelijke perioden ingedeeld. In de plattelandspraktijken kwamen slechts twee van de negenentwintig vrouwen in het derde trimester (beiden primiparae), eenentwintig in het tweede trimester en zes in het eerste trimester. In de stadspraktijk kwamen zestien van de tachtig patiënten in het derde trimester, zesenveertig in het tweede en achttien in het eerste trimester. Er blijkt dus in de stad een tendens te bestaan tot laat komen voor de eerste controle, wat het totale aantal prenatale controles beïnvloedt.

In Nederland bevallen de vrouwen veelal nog thuis. In 1956 werden in Nederland 92.105 bevallingen thuis en 43.410 bevallingen in een inrichting door een arts geleid (Mededelingen Centraal Bureau voor de Statistiek 1957). In Amsterdam werden van 1942 tot 1951 onder leiding van een arts of vroedvrouw 104.327 kinderen thuis en 10.076 kinderen in een kliniek geboren*.

Het „Royal College of Obstetricians and Gynaecologists” beveelt aan, dat 70 procent van de beval-

lingen klinisch dient te geschieden. In 1953 gebeurden in Engeland en Wales 248.000 bevallingen thuis en 46.000 in ter beschikking van de huisarts gestelde verloskundige bedden in de kliniek. Deze partus werden door 20.000 huisartsen verricht (gemiddeld vijftien bevallingen per jaar per huisarts). Echter, in Engeland en Wales is de huisarts niet verplicht een bevalling bij te wonen, want de vroedvrouw is er in elk geval. Het hangt van zijn persoonlijke belangstelling en/of mogelijkheden af of hij aanwezig is of niet; de huisarts kan natuurlijk ook door de vroedvrouw in consult geroepen en uit dien hoofde aanwezig zijn. Het blijkt nu, dat de huisarts slechts in een vijfde van het aantal gevallen aanwezig is, dus dat hij slechts drie bevallingen per jaar verricht.

Voor Londen werden in 1954 de volgende cijfers gegeven: van 2220 artsen, ingeschreven in de National Health Service, waren 540 huisarts-obstetricus. Van deze 540 artsen verrichtten er 200 geen enkele bevalling en de overigen verrichtten gemiddeld zeven partus per jaar, waarvan zij er slechts bij vier aanwezig waren. In Engeland en Wales is het de gewoonte, dat de vroedvrouw de partus in samenwerking met de huisarts aanneemt; de huisarts is echter slechts bij de partus aanwezig, als het hem interessant voorkomt of als de vroedvrouw hem ter assistentie roept. De ervaring van de huisartsen op obstetrisch gebied zal er dus in de loop der tijden niet op vooruit gaan en hieruit komt de aanbeveling van het „Royal College of Obstetricians and Gynaecologists” dan ook voort, dat 70 procent van de partus klinisch behoort te geschieden en in dit verband moet men een uitspraak van Claye zien als hij zegt: „Domiciliary delivery deserves to be as dead as the Dodo. . . .”

Uit het verloskundig onderzoek van het N.H.G. bleek, dat 229 huisartsen in een jaar tijds 9743 partus verrichtten, dus gemiddeld 42 per jaar, waardoor de gemiddelde Nederlandse huisarts een grotere kans zal hebben zijn ervaring te bewaren.

De uitkomsten van het Ierse onderzoek waren als volgt. Van de 83 zwangerschappen in de stadspraktijk eindigden er drie met abortus. Er werden 80 kinderen geboren (waaronder een tweeling) en een doodgeboren (positieve Wassermann); twee kinderen stierven perinataal (een kind met een hydrocefalus en een spina bifida en een kind met een meningocele en een spina bifida). Van de 36 zwangerschappen in de plattelandspraktijk eindigden er zeven met abortus en werden 30 kinderen geboren (waaronder een tweeling); een kind stierf perinataal (atelektase).

Abortus kwam in de plattelandspraktijk significant meer voor dan in de stadspraktijk (18,9 procent tegen 3,2 procent). Er is geen relatie met de pariteit gevonden, maar wel is er een hoger percentage in de lagere sociale klassen. 91,25 procent van de stedelijke bevallingen en 68,9 procent van de plattelandbevallingen eindigden normaal (dit is een significant verschil). Men moet er echter rekening

* Beek op den, F. (1954) Enkele obstetrische en medisch sociale aspecten van de perinatale sterfte. Academisch proefschrift. Utrecht.

mee houden, dat van de 29 zwangeren uit de plattelandspraktijk negen primiparae waren, terwijl dit er in de stadspraktijk veertien van de 80 waren. In de plattelandspraktijk kwamen zes forcipale extracties voor en in de stadspraktijk twee.

In het onderzoek van het College of General Practitioners in Zuid-West Engeland kwamen op 3.469 bevallingen 189 forcipale extracties voor (5 procent). Hiervan waren 138 primiparae (12 procent) en 51 multiparae (2 procent).

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

59—039 *Über Virusembryopathien.* Hellbrügge Th. (1959) *Münch. med. Wschr.* 1, 15.

Nadat Gregg in Australië had gewezen op een samenhang tussen afwijkingen bij pasgeborenen, onder andere één- of dubbelzijdig cataract, en het voorkomen van rubeola in de eerste zwangerschapsmaanden bij de moeder, is er veel geschreven over virusziekten bij de moeder, die tijdens de zwangerschap de vrucht kunnen beschadigen.

Reeds uit de vorige eeuw was bekend (Virchow), dat sommige infecties, onder andere pokken en syfilis, van de moeder konden overgaan op kinderen. Dat dit niet de enige infectieziekten zijn, die dit kunnen is nu na 1940 wel aangetoond. Vooral rode hond heeft bekendheid gekregen, maar ook waterpokken, de bof, mononucleosis, infectiosa, hepatitis en poliomyelitis blijken via de moeder de vrucht te kunnen beschadigen.

De schrijver tracht nu aannemelijk te maken, hoe het komt, dat de ene keer tengevolge van een doorgemaakte rubeola, een kataract bij het kind optreedt en een andere keer de afwijking in het gehoororgaan of in het hart is gelokaliseerd. Om te beginnen moet het virus het chorionepitheel, dus de membraan tussen moederlijk en kinderlijk bloed, passeren. Daar de meeste virussen de grootte hebben van eiwitmoleculen, is het begrijpelijk, dat ze reeds zeer vroeg deze membraan, hoewel die in het begin van de zwangerschap dik is, kunnen passeren, terwijl bijvoorbeeld spirochetten dat pas in de tweede helft van de zwangerschap kunnen, als het chorionepitheel geleidelijk dunner is geworden.

De artikelen, besproken in de met een nummer gemerkte referaten, kan men schriftelijk ter inzage vragen bij J. G. Antvelink, Spoorstraat 24, Schoonhoven.

Virussen ontwikkelen zich intracellulair en blijken voorkeur te hebben voor cellen, die op een bepaald ogenblik een intensieve nucleoproteïne-stofwisseling hebben. In de aanlegperiode van bijvoorbeeld de ogen, het hart of de gehoororganen, is er een intensieve stofwisseling in de cellen waaruit deze organen ontstaat. Uit de embryologie is bekend op welk tijdstip in de ontwikkeling elk orgaan wordt angelegd. Het tijdstip waarop de moeder besmet raakt is dus min of meer bepalend voor de soort afwijking bij de vrucht.

Er blijkt ook nog verschil in gedrag te zijn tussen de verschillende virussoorten. Zo zal het rubeolavirus, dat binnengedrongen is in het lensepitheel, slechts langzaam veranderingen geven in dit weefsel, terwijl het poliomyelitisvirus dat veel sneller doet, hetgeen is aangetoond door Tondury.

Over de prognose van virusinfecties van de moeder, voor wat betreft de te verwachten beschadiging van de vrucht, lopen de meningen nog al uiteen. Gregg en Swan meenden dat bij

Men mag waardering hebben voor de wijze waarop een poging werd gedaan een klein materiaal te bewerken. Het kan voor ons, huisartsen, een stimulans zijn het materiaal uit onze eigen praktijk eens kritisch te bezien en ons af te vragen, hoe dit, gelet op het onderzoek in het buitenland, is te bewerken. Natuurlijk noopt het feit, dat slechts met kleine getallen wordt gewerkt, tot zeer voorzichtig trekken van conclusies, maar hier wordt ons in elk geval inzicht gegeven in de hantering van het beschikbare materiaal.

een infectie in de eerste zwangerschapsmaand in 100 procent afwijkingen bij de vruchten zouden zijn te vinden; infecties in de tweede en derde maand zouden in respectievelijk 80 en 50 procent der gevallen embryopathiën veroorzaken. Amerikaanse en Europese auteurs komen tot veel lagere percentages. Gemiddeld mag wel worden aangenomen, dat in de eerste vier zwangerschapsmaanden 20 tot 40 procent kans is, dat een virusinfectie van de moeder zal leiden tot embryopathie bij het kind.

Terloops wordt er nog op gewezen, dat het bij afwijkingen van een kind moeilijk kan zijn om aan te tonen, of men hier te maken heeft met een erfelijke aandoening, dan wel met een prenataal verworven afwijking (embryopathie). Tondury heeft gewezen op de vergelijkbaarheid van genen en virussen. Genen bewerkstelligen op een gegeven moment een chemische verandering in de stofwisseling van een cel of een celgroep. Ook virussen doen eigenlijk iets dergelijks. Zij kunnen dus ontwikkelingsprocessen beïnvloeden door in te grijpen in de stofwisseling van cellen. Over het algemeen zal de uitwerking van een gen veel omvangrijker zijn, meerdere organen omvatten, dan van een virus. Zo is bij rubeolavirus-embryopathie in de regel alleen lensepitheel beschadigd, terwijl bij erfelijke oogafwijkingen verschillende weefselsoorten in het oog afwijkingen vertonen. Daarnaast kan een nauwkeurig opgenomen zwangerschapsanamnese helpen, om uit te maken of een afwijking erfelijk of verworven is.

M. Reyerse.

59—043 *Treatment of hypertension with chlorothiazide* Freis, Edward D. (1959) *J. Amer. med. Ass.* 169, 105.

Voor de behandeling van hypertensie in de algemene praktijk is het chlorothiazide bij uitstek geschikt door de gemakkelijke dosering en het vrijwel ontbreken van toxische reacties. Combineert men chlorothiazide met middelen, zoals Apresoline en de ganglionblokkerende stoffen, dan kan van de laatste een lagere, dus minder toxische, dosis gegeven worden. Het mechanisme van de bloeddrukverlagende werking van chlorothiazide denkt men zich vooral door middel van elektrolyten- en vochtverlies. Bij niet-oedemateuze hypertensiepatiënten wordt het vocht voornamelijk onttrokken aan de extracellulaire ruimte en het plasma. Bij personen met een normale bloeddruk daalt deze niet na toediening van chlorothiazide. Wel blijkt bij hen de gevoeligheid voor bloeddrukverlagende prikkels, zoals bijvoorbeeld door ganglionblokkerende stoffen, verhoogd. Het effect van chlorothiazide op de hypertensie kan als volgt worden samengevat: Het middel heeft evenmin als andere diuretica specifiek bloeddrukverlagende eigenschappen; de bloeddrukverlaging gaat gepaard met zoutverlies en is waarschijnlijk het gevolg ervan; hierdoor ontstaat een vermindering van de hoeveelheid extracellulaire vloeistof (circa 10%) en van het plasmavolume