

INGEZONDEN

Een moeilijke partus in de huispraktijk

Vermoedelijk zullen velen, evenals ik, met gespannen belangstelling het artikel „Een moeilijke partus in de huispraktijk” van collega Huygen hebben gelezen, want wie onder de huisartsen is niet eens in een vergelijkbare spannende situatie terecht gekomen? Gelukkig is het aantal keren, dat ik in de praktijk een uitgezakte navelstreng heb meegemaakt, in twintig jaar beperkt gebleven tot drie gevallen. Slechts in één geval was de uitzakking spontaan tot stand gekomen, terwijl in beide andere gevallen de streng uitzakte, toen bij losstaand hoofd en volkomen ontsluiting de vliezen kunstmatig werden gebroken. Het was in de tijd, toen ik de praktijk samen met mijn vader uitoefende en ik was dankbaar, dat ik deze ervaring niet op m'n eentje opdeed. Wij hadden het geluk in alle drie gevallen het kind levend te voorschijn te zien komen: bij de reeds uitgezakte streng doordat mijn vader — met motorjas en -handschoenen nog aan — zijn volle gewicht op de buik van de vrouw overbracht en zo samen met de moeder het kind levend naar buiten perste; de tweede maal doordat hij na het vliezen breken, waarbij de streng uitzakte, de hand inwendig hield, het hoofdje opdrukte en mij met spoed ontbood om narcose te geven en vervolgens versie en extractie verrichtte. Bij het derde geval was ik alleen met de wijkzuster. Deze zette met een buurvrouw alles klaar in de keuken (voor divanbed was geen ruimte in de kleine slaapkamer). Om de vrouw op tafel te helpen moest ik het hoofdje wel loslaten toen de buurvrouw flauw ging vallen. Toen de vrouw op tafel lag begon zij zo te persen, dat ik besloot in plaats van versie of tang een poging te doen mee te experimenteren (zij had al vele kinderen) en dit lukte tot aller opluchting. Door deze ervaring was ik tot de conclusie gekomen, dat vliezen breken bij een losstaand hoofdje een behoorlijk risico meebrengt en het geval van collega Huygen lijkt hiervan een bevestiging.

Nu werd door de gynecologen hoofdzakelijk commentaar gegeven op wat collega Huygen heeft gedaan nadat de injectie reeds was gegeven en de streng met het vliezen breken was uitgezakt, terwijl het mij juist toch van algemeen belang lijkt ook nog eens uitvoerig stil te staan bij de volgende vragen, al klinken zij misschien wat schools:

- a Aan welke oorzaken moeten wij denken bij het vinden van een losstaand hoofd en volkomen ontsluiting?
- b Wat was in dit speciale geval de vermoedelijke oorzaak?
- c Welke zijn, als men de diagnose heeft gesteld, de gevaren van 1 afwachten of spontane indaling nog tot stand komt; 2 het geven van een weeëndrijvend middel alleen; 3 kunstmatig vliezen breken alleen? (Dat een uitgezakte navelstreng kort na weeëndrijvend middel extra ongunstig is werd reeds door de gynecoloog aangeduid).

ad a: Ik bedoel of naast de oorzaken als wanverhouding hoofd-bekken, tumor, lage placenta, ook nog gelden: taaie vliezen of primaire weeënzwakte, omdat deze beide begrippen vaak worden omstreeden.

ad b: Kan men van primaire weeënzwakte spreken als de ontsluiting toch volledig is geworden? Was hier niet eerder sprake van een weeënpauze, zoals men vaker ziet na een betrekkelijk langdurig ontsluitingstijdperk, speciaal tegen de volkomen ontsluiting en waarna, als de vrouw en de baarmoeder weer uitgerust zijn, vaak een verrassend vlotte uitdrijving volgt?

Vandaar vraag c 1: Afwachten? Moeder en kind lopen door het langzame verloop op zichzelf geen gevaar. Blijft het risico van spontaan vliezen breken met uitzakking van de navelstreng. Uit ervaring heb ik dit na ruim duizend bevallingen slechts éénmaal meegemaakt. Hebben anderen hierover ongunstiger cijfers? (Wel wordt het moeilijk te beslissen of men aldoor bij de kraamvrouw moet blijven zitten! Met weinig weeën en telefoon in huis en een kraamverzorgster kan ik mij voorstellen, dat collega Huygen wel durfde weggaan.)

ad c 2: Weeëndrijvend middel? Toen collega Huygen enkele uren later dezelfde situatie aantrof, gaf hij een weeëndrijvend middel. Als hij daarna verder had afgewacht, zou dan de

kans op indaling niet belangrijk zijn vergroot? Men kan opwerpen, dat ook de kans op vliezen breken hier groter werd, maar ook op uitzakking van de navelstreng? Zou een wee het hoofd niet beter in de bekkeningang drukken dan wij, verloskundigen, dit kunnen door manuele druk via een meer of minder gespannen buikwand en gevoelige uterus? Zowel bij afwachten als bij een weeëndrijvend middel blijft er nog een goede kans op heel blijven van de vliezen.

Als we lezen hoe de neuroloog wijst op de kwetsbaarheid der intercraniële bloedvaten en we ons realiseren, hoe de druk op de schedel bij gebroken vliezen bepaald groter is dan bij staande vliezen, is dit een risico te meer om in overweging te nemen alvorens over te gaan tot c 3: het kunstmatig breken van de vliezen op het moment, dat de schedel nog door het gehele baringskanaal moet worden uitgeperst.

Hoofdzaak blijft echter de vraag of ook anderen de slechte ervaring hebben opgedaan, dat bij kunstmatig vliezen breken juist gebeurt wat men wil voorkomen, namelijk het uitzakken van de navelstreng. Wie hier van te voren rekening mee houdt zou dan door voorzorgsmaatregelen kunnen voorkomen wat collega Huygen heeft ervaren en dat was tenslotte de opzet van zijn publikatie. W. N. Lulofs, Vorden

Na lezing van de bewonderenswaardige bijdrage van Dr F. J. A. Huygen: Een moeilijke bevalling in de huispraktijk — (1960) huisarts en wetenschap 3, 332 — dringt zich de gedachte aan mij op, dat één belangrijk punt niet is besproken. In het beschreven geval is de directe doodsoorzaak van de baby harttamponade geweest, doch de oorzaak van alle moeilijkheden en dus de verwijderde doodsoorzaak was de bekleemde navelstreng. De inklemming is ontstaan, nadat, bij volledige ontsluiting, niet ingedaalde schedel en weeënzwakte, thymophysine is ingespoten, terwijl direct daarna de vliezen zijn gebroken. Ik zou voor mijzelf hieruit de lering willen trekken, dat het in een dergelijk geval veiliger is het breken van de vliezen zo lang mogelijk uit te stellen.

N. Bessem, Twello

* * *

De collegae Lulofs en Bessem suggereren beiden, dat het risico van het uitzakken van de navelstreng bij volledige ontsluiting en hoogstaand hoofd zou kunnen worden verminderd door de vliezen niet te breken. Zij menen dat het veiliger zou zijn te wachten tot het hoofd is ingedaald, waarbij collega Lulofs zich afvraagt of de kans op indaling niet belangrijk zou worden vergroot door toediening van een weeëndrijvend middel. Ik zou hierop gaarne als volgt willen antwoorden.

1 Het lijkt mij zeer de vraag of het risico van het uitzakken van de navelstreng door afwachten in een dergelijk geval verminderd wordt. De vliezen kunnen immers ook spontaan breken. Dit zal dan waarschijnlijk tijdens het hoogtepunt van een wee geschieden, waarbij er juist veel kans is op het naar buiten spoelen van de navelstreng, samen met het plotseling met kracht uitgedreven vruchtwater. Wanneer men de vliezen kunstmatig breekt kan men dit risico verminderen door:

- a de vliezen buiten een wee te breken;
- b het hoofd tegelijkertijd in de bekkeningang te duwen, waardoor men deze tracht af te sluiten;
- c het vruchtwater langzaam te laten aflopen door met de hand de vagina af te sluiten;
- d door eventueel een hoge vliesscheur te bewerkstelligen door met de Kocher tussen vichtblaas en cervix in te gaan en de snede hoger aan te brengen.

2 Tot hoelang zouden zij willen wachten als het hoofd niet indaalt? In het besproken geval heb ik twee uur gewacht, mogelijk bestond er zelfs reeds veel langer volledige ontsluiting. Ik betwijfel of afwachten enige zin heeft. Bij een gedeelte van de multiparae is het hoofd tijdens de ontsluitingsperiode niet ingedaald. Wanneer de ontsluitingsperiode is geëindigd moet het kind worden uitgedreven. Hiertoe moeten de vliezen gebroken zijn of gebroken worden en dient de vrouw te gaan persen. Afwachten lijkt mij in een dergelijke situatie weinig zin te hebben en de risico's voor het kind eerder te vergroten. Toediening van een

weeëndrijvend middel zonder de vliezen te breken lijkt mij gevaarlijk (vergroting van kans op asfyxie van het kind en vergroting van kans op plotseling naar buiten spoelen van de navelstreng bij spontaan breken van de vliezen) en daarvoor gecontraïndiceerd.

Wat de vragen a en b van collega Lulofs betreft zou ik het volgende willen opmerken. Behalve de door hem reeds genoemde oorzaken moet bij het uitblijven van indaling zeker ook gedacht worden aan een volle urineblaas. Ik sprak van (primaire) weeënzwakte, omdat de weeën zowel voor de vrouw (die bijvoorbeeld vertelde goed te hebben geslapen) als voor mijn palperende hand nauwelijks waarneembaar waren. Dat het desondanks tot volledige ontsluiting was gekomen is eenvoudig een waargenomen feit. De ervaring leert dat er grote verschillen bestaan in taaiheid van de vliezen en dat deze bij sommige vrouwen niet spontaan breken. De ervaring leert eveneens dat bij een gedeelte van de multiparae het hoofd niet indaalt zolang de vliezen staan. De weeën doen dan niet anders dan de vochtblaas wat verder uitstulpen. Pas wanneer de vliezen gebroken worden kan het hoofd gaan indalen en het kind — soms in één of enkele weeën — worden uitgedreven.

Inmiddels zou ik de collegae Lulofs en Bessem willen danken voor hun bijdrage aan de discussie en voor hun waarderende woorden.

Dr F. J. A. Huygen, Lent

NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

N.H.G.-CONGRES 1960

Uitreiking N.H.G.-prijs

De in 1959 ingestelde N.H.G.-prijs voor het beste door een huisarts geschreven artikel in „huisarts en wetenschap” zal op het congres voor de eerste maal namens het N.H.G.-bestuur door Prof. Dr J. R. Prakken worden uitgereikt.

De jury, bestaande uit de collegae Van Deen, Frese en Prakken, beoordeelde daartoe de artikelen verschenen in de nummers 2 tot 14 van de lopende jaargang.

VAN DE STUDIEGROEP PRAKTIJKVOERING

Werkgroep Apotheekhoudende Huisartsen

In het najaar van 1959 werd op een bijeenkomst van de studiegroep Praktijkvoering te Utrecht het besluit genomen een werkgroep apotheekhoudende huisartsen samen te stellen. Dit besluit kwam voort uit de duidelijk gevoelde behoeften te komen tot de meest functionele positie van de apotheek in de praktijkruimte van de apotheekhoudende huisarts. In deze werkgroep namen zitting J. J. Bergsma, De Steeg, T. S. J. A. Bonga, Haastrecht, Th. A. Cost Budde, Wijhe, C. W. A. van den Dool, Stolwijk en L. van der Pol, Bennekom. De werkgroep kreeg de opdracht, zo mogelijk aan de hand van de plattegrond en de maquette „praktijkruimte” geëxposeerd op het N.H.G.-congres 1959 te Utrecht, de apotheek op de meest efficiënte wijze in te passen.

De werkgroep kwam dit jaar zesmaal bijeen, afwisselend bij iedere collega aan huis. De bijeenkomsten werden steeds zeer leerzame avonden door de vele nieuwe ideeën, elke keer weer opgedaan bij een ander en door samenspraak over allerhande onderwerpen betreffende een efficiënte praktijkvoering. Dit systeem, waardoor zeer snel een hechte onderlinge band ontstond en daardoor samenwerking, moge onder ieders aandacht komen, als een stukje werkelijk praktisch Huisartsengenootschap.

Reeds spoedig bleek, dat genoemde opdracht in de gegeven ruimte van 6 bij 9 m niet mogelijk zou zijn. Aan de hand van verschillende ontwerpen kwam de werkgroep tot de conclusie, dat de minimum te bebouwen oppervlakte buitenwerks 7½ bij 9 m zou moeten bedragen. Het mogelijke bezwaar tegen deze afmeting werd gering geacht, omdat de situatie ten plattelande minder ruimtelijk gebonden mag worden geacht; dit geldt te meer voor die collegae, die in de gelegenheid zullen zijn nieuwe vorm te geven aan hun verlangen naar de „ideale” praktijkindeling voor de apotheekhoudende huisarts. De werkgroep kwam, op grond van haar ervaringen, tot een ontwerp, dat zij aan het congres 1960 meent te kunnen voorleggen. Zij is zich bewust, dat dit ontwerp een grootste gemene deler moest zijn van een groot aantal wensen en eisen, maar meent een harmonisch ontwerp te hebben verkregen. Zij is zich bewust van het feit, dat zij nog niet méér geeft dan een ontwerp, waarin nog vele details onuitgewerkt zijn gebleven, op enkele punten zelfs opzettelijk onuitgewerkt, om iedere collega in de gelegenheid te laten de eigen persoonlijke varianten in de technische uitvoering te verwerken.

De werkgroep heeft zich ertoe beperkt een functionele opbouw van de praktijkruimte te ontwerpen voor de apotheekhoudende huisarts, mede gelet op de voor hem specifieke spreekuurtechniek in verband met de afgifte van geneesmiddelen met apotheekadministratie, ligging ten opzichte van spreek- en wachtkamer, minimum noodzakelijke ruimte voor apotheektechniek en bevoorrading, functie van de assistente en bovenal, een werkruimte, die de mogelijkheid biedt tot de meest efficiënte praktijkvoering.

De werkgroep hoopt op het komend congres het ontwerp te kunnen voorleggen in de vorm van een duidelijke plattegrond, mogelijk nog met een eenvoudige maquette, uitgewerkt en vervaardigd door architect Joh. A. Wentink (B.N.A.) te Baarn, met wie de definitieve plannen werden besproken.

Voor de werkgroep Apotheekhoudende Huisartsen, L. van der Pol, secretaris.

huisarts en wetenschap

3de JAARGANG - NO 15 - NOVEMBER 1960

Inhoud:	blz.
H. H. W. Hogerzeil: Opleiding huisarts; probleemstelling	401
Een nieuw jaaronderzoek	404
W. I. van Beusekom en W. R. O. Goslings: Doelstelling en nut van een onderzoek naar de complicaties en de therapie van de patiënt met „keelpijn”	405
H. Verbiest: Apoplexia cerebri (3)	408
H. A. M. Ruhe: Over vetzucht	412
E. A. D. E. Carp: Opsporing van conflictsituaties achter klachten van lichamelijke aard en de invloed van conflictsituaties op het gezingsproces	415
C. K. V. van Dommelen: De ernstige vorm van „Planta”-ziekte	421
Casuïstiek	423
J. K. Pameijer: Optische hulpmiddelen bij slechte gezichtsscherpte	424
Referaten	430
Ingezonden	431
Uitreiking N.H.G.-prijs	432
Van de Studiegroep Praktijkvoering	432

Redactiecommissie: A. Hofmans, voorzitter, Rotterdam, — G. J. Bremer, Nieuwkoop — K. G. Brühl, Amsterdam — D. C. den Haan, Leiden.

Redactiesecretaris: J. J. van Mechelen.

Secretariaat Nederlands Huisartsen Genootschap: Keizersgracht 327, Amsterdam-C., telefoon 020-64043.

Redactiesecretariaat: Keizersgracht 327, Amsterdam-C., telefoon 020-242535.

Administratie, abonnementen, advertenties:

Fa. J. H. Kruyt, Uitgever, Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02959-16155; postgiro: 142554.

Abonnement f 12,50 per jaar; voor studenten f 7,50; voor het buitenland f 15,—; losse nummers f 1,50.

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.