

Casus 11. Het bedrijf meldt dat een bij de bedrijfsarts onbekende 56-jarige man reeds een aantal maanden ziek thuis zit. Opgeroepen bleek hij een arthrosis van zijn knieën te hebben. Hij werd in deze periode tweemaal aan een hernia inguinalis geopereerd; daarna bleek hij nog een pleuritis te hebben doorgemaakt. Hij bleef kortademig en niemand dacht eraan dat hij mogelijk nog weer aan het werk zou kunnen gaan. Het volgende programma werd afgewerkt.

Er werd een longfunctie-onderzoek gedaan, waarbij flinke beperkingen werden vastgesteld; de werkplek werd bezocht en als te zwaar en te warm, ongeschikt verklaard; licht, stofvrij werk werd gezocht en gevonden; er werd een arbeidscurve gegeven; de ploegenkwestie werd behandeld; om financiële redenen wilde (kon?) de man nog niet uit de ploeg. Met een overgangstijd in dagdienst werd hij weer in de ploeg geplaatst; hij werd onder periodieke bèta-controle genomen.

Wat zou van deze man zijn terecht gekomen zonder melding van zijn langdurige afwezigheid?

Conclusie. Ieder die lange tijd (bijvoorbeeld drie maanden) is ziek geweest dient, zodra dit mogelijk is, naar het spreekuur van de bedrijfsarts te worden verwezen, om deze in de gelegenheid te stellen mogelijkheden van wederinpassing in de arbeid te kunnen nagaan.

Casus 12. Het bedrijf meldt dat een 46-jarige man reeds een paar maanden thuis zit met hartklachten.

Dit bleek juist; hij had een decompensatio cordis. Het volgende programma rolde zich af: contact met de huisarts, er werd toestemming gevraagd voor het oproepen van de man; dit werd toegestaan (zolang mensen niet in staat zijn naar het spreekuur te komen, valt aan werkhervatting niet te denken); er werd een bèta-curve gegeven; na overleg met de behandelende medici en verzekeringsgeneeskundige werd hij ter revalidatie opgenomen in onze afdeling arbeidsaanpassing; onder voortgezet toezicht ging hij naar een „normale”, zij het aan zijn beperkingen aangepaste arbeid terug.

Conclusie. Zonder deze werkplaats met aangepaste lichte arbeid zou het verzuim zeker langer hebben geduurd en de wederinpassing in de arbeid zou dubieus tot onmogelijk zijn geworden.

Om deze materie niet te ingewikkeld te maken is de relatie verzekeringsgeneeskundige ten opzichte van bedrijfsarts geheel buiten beschouwing gelaten. In onze organisatie is het samenspel tussen beiden zeer goed. Er is geen enkele reden aan te nemen dat tussen huisarts en bedrijfsarts een dergelijke intensieve samenwerking, op basis van duidelijke richtlijnen, niet mogelijk zou zijn. Met de volgende algemene conclusie zou ik daarom willen eindigen.

Overal waar langdurig zieken, reconvalescenten, onaangepaste mensen en partieel gehandicapten naar de arbeid moeten worden teruggeleid, is „unity of action” tussen de behandelende medicus, verzekeringsgeneeskundige en bedrijfsarts aangewezen.

Geboorteregeling post-coïtum | Morning-after pill

DOOR PROF. DR. A. A. HASPELS*

Reeds in 1926 ontdekten Smith, Parkes en Bellerby dat oestrogenen, ingespoten bij dieren post coïtum de voortgang van de ontwikkeling van het bevruchte ei voorkwamen (*Parkes*). Pincus vond in 1935 bij muizen dat het transport van ova door de tubae werd belemmerd door de toediening van oestrogenen in een lage dosering; door een hoge dosis toe te dienen werd daarentegen een zeer snelle passage veroorzaakt. Beide wijzigingen in het transport betekenen het einde van de blastocyst.

In 1938 werden de oraal werkzame oestrogenen: ethinyloestradiol (Lynoral) en di-ethylstilboestrol (Stilboestrol) gesynthetiseerd. De werking van 1 mg Lynoral staat ongeveer gelijk aan 10 mg Stilboestrol.

Indicatie en dosering. Aanvankelijk werd de „morning-after pill” gebruikt in gevallen van ver-

* Uit de Universiteitskliniek voor verloskunde en gynaecologie te Utrecht, hoofd: Prof. Dr. A. A. Haspels.

krachting; daarna werd de indicatie uitgebreid tot tijdig ontdekte mislukte contraceptie. Wij begonnen dit onderzoek in 1966. De dosering werd afgeleid van de hoeveelheden door dierenartsen aan honden post coïtum toegediend. Deze bedroeg voor di-ethylstilbestrol 25 mg en voor ethinyloestradiol 2 mg, toe te dienen gedurende vijf dagen en bij voorkeur te beginnen binnen 48 uur post coïtum. *Morris en medewerkers* adviseren 25 tot 50 mg di-ethylstilbestrol of 2 tot 5 mg ethinyloestradiol.

Wij zagen bij twee vrouwen die van hun arts slechts 1 mg ethinyloestradiol per dag hadden voorgeschreven gekregen zwangerschap optreden. Door Mears zijn zwangerschappen beschreven na toediening van 5 tot 10 mg di-ethylstilbestrol post coïtum, namelijk vijf zwangerschappen uit acht cycli. Wanneer de patiënte meer dan 48 uur post coïtum met de oestrogenen begint of wanneer nog vaker coïtus in dezelfde cyclus plaatsvinden, is ook

mislukking mogelijk. Zelfs wanneer de coïtusdatum bekend is, blijven nog diverse onopgeloste vragen over, zoals betreffende de spermavitaliteit en het moment van de ovulatie.

Eigen onderzoek. In samenwerking met artsen werkzaam aan enkele universiteitsklinieken, de Protestantse Stichting voor Verantwoorde Gezinsvorming (P.S.V.G.) en de Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming (N.V.S.H.) werd bij genoemde indicatie (Haspels 1969) de toediening van diethylstilbestrol (25 mg) of ethinyloestradiol (2 mg) gedurende vijf dagen voorgeschreven. Bij evaluatie van honderd patiënten bleek 47 procent ethinyloestradiol en 53 procent di-ethylstilbestrol te hebben gekregen. Van deze honderd patiënten werd waarschijnlijk één patiënte zwanger, zij maakt mogelijk een extra-uterine graviditeit door.

Patiënte 56, geboren 24.1.1945, maakte drie zwangerschappen door. De laatste menstruatie vond plaats op 10 maart 1968, de coïtus op 22 maart, dus op de dertiende dag van de cyclus (normale cyclus van 28 dagen). Zij kreeg di-ethylstilbestrol (25 mg) gedurende acht dagen toegediend, dus drie dagen langer dan door ons was geadviseerd, vanaf 12 uur post coitum. De menstruatie bleef uit; tien dagen later werd de pregnosticon-reactie positief (positieve uitslagen op 18, 19, 20, 23 en 24 april).

Bij curettage werden geen vlokken, geen choriale elementen en geen deciduale reactie gezien. Er waren buisjes in secretie en proliferatie aanwezig en er bestond een compact stroma (dr. J. Huisjes te Groningen). Op 1 mei was er een gering bloedverlies, dat tot 4 mei duurde. Op 5 mei werd een zwelling rechts naast de uterus gevoeld, de bezinkingsnelheid der erythrocyten bedroeg 13 mm na 1 uur en de waarschijnlijkheidsdiagnose extra-uterine zwangerschap werd gesteld. De zwelling verdween zonder actieve therapie. Van 14 tot 18 mei vond „een menstruatie plaats”.

Bijwerkingen: Gedurende één of meer dagen was negentien procent van de patiënten misselijk, vier procent van hen braakte, zodat bij twee patiënten werd overgegaan tot toediening van dimenformon forte per injectie.

Het percentage patiënten dat misselijk was, ligt veel lager dan de door Morris en medewerkers beschreven 40 procent. Dit kan zijn verklaring vinden in het feit dat in het tweede gedeelte van het onderzoek als routine een anti-emeticum werd gegeven. Door twee procent van de patiënten werd over pijnlijke mammae geklaagd, door vijf procent

over menorrhagie gedurende de eerstvolgende cyclus.

Cyclusveranderingen. Bij negen procent van de patiënten was de cyclus vijf of meer dagen korter dan normaal, bij veertien procent vijf of meer dagen langer dan normaal.

Registratie. Het is van belang zo snel mogelijk een groot aantal patiënten te registreren. Hiertoe werd door mij het onderstaande formulier ontworpen. Ik hoop dat een ieder bereid is zijn medewerking te verlenen om deze registratie zo vlot mogelijk te doen verlopen. Na inzending krijgt men onmiddellijk een nieuw formulier toegestuurd.

Formulier: „morning-after pill”.

In te zenden aan: prof. dr. A. A. Haspels
Afdeling Gynaecologie
Academisch Ziekenhuis,
Catharijnesingel 101
Utrecht

Geboortedatum patiënte:

Aantal kinderen:

Cyclusduur:

Duur menstruatie:

Datum laatste menstruatie:

Datum coïtus:

Voorgeschreven preparaat: 2, 3, 4, 5 mg* d.d. Lynoral
of 25-50 mg* d.d. Stilbestrol gedurende vijf dagen.

Aantal dagen post coïtum:

Anti-emeticum gegeven?:

Data bloedverlies:

Bijwerkingen

geen:

misselijk:

braken:

pijn in de mammae:

menorrhagie:

* Bij dikke patiënten de hoge dosering geven. Doorhalen wat niet is voorgeschreven.

Haspels, A. A. I.P.F.F. Medical Bulletin Augustus Bandung Conference, 1969.

Morris, J. Mcl. en medewerkers. Proc. 8th Int. Conf. I.P.P.F. Santiago Chile, 1967.

Parkes, A.S. en medewerkers. (1938) Brit. med. J. II, 557.