

ten die daar tussen liggen en met plezier kan werken. Laten wij ons er daarbij wel voor hoeden dat wij een door ons individueel gekozen vorm „als de beste en voor iedereen meest juiste vorm” zien; het is hoogstens voor een arts individueel gezien de meest aansprekende vorm.

Wij dachten dat de voor- en tegenstanders van de solo-en groeps-

praktijk zich de beperking van hun waarde-oordeel ten aanzien van de eigen praktijkuitoefening goed moeten realiseren. Dan pas beoordeelt men de verschillende argumenten pro en contra op hun juiste waarde. Wij vinden het dan eerder een bewijs van moed dan van zwakte wanneer vele huisartsen blijven geloven in de gemodificeerde solo-prak-

tijk (nieuwe stijl), ook al ervaart men wel eens dat een dergelijke voorkeur als een „minderwaardige vorm van praktijkuitoefening” wordt aangemerkt.

Gaarne vermeld ik de medewerking van Dr. G. F. A. de Jong, econoom, bij het tot stand komen van dit artikel.

Extra-uteriene graviditeit

DOOR DR. A. PRINS, J. VAN VREEDENDAAL EN PROF. DR. H. J. DOKTER

Onder extra-uteriene graviditeit verstaat men de innesteling van een bevrucht ei buiten het cavum uteri. Deze innesteling geschiedt op de zevende dag, gerekend vanaf de impregnatie. Er bestaat kans op een extra-uteriene graviditeit, wanneer het transport van het ei wordt belemmerd door veranderde anatomische verhoudingen in en rond de tuba, of wanneer er een stoornis in de rijping van het ei is. In 99 procent van de gevallen zet bij een extra-uteriene graviditeit het ei zich vast in de tuba; het graaft daar zijn bed en zijn graf.

In een Duitse kliniek kwam één extra-uteriene graviditeit voor op ongeveer honderd geboorten. In onze praktijk telden wij er in veertien jaren zes, hetgeen ruw geschat, één op ongeveer tweehonderd zwangerschappen betekent. Bij een geboortepercentage van vijftien pro mille zal een huisarts met een gemiddelde praktijk één keer in de vier tot vijf jaar een dergelijke patiënte zien.

Vanwege de geringe frequentie en de belangrijke consequenties bij dit ziektebeeld leek ons een bespreking van de zes gevallen uit onze praktijk gerechtvaardigd. Men dient voor het stellen van de diagnose te bedenken dat er meestal sprake is van **weinig** karakteristieke klachten, behalve in geval van tubaruptuur met shockverschijnselen. Innesteling in de wijde pars ampullaris leidt tot tubaire abortus; innesteling in de nauwe pars isthmica tot tubairruptuur. Daarbij

kunnen grote bloedingen in het stroomgebied van de arteriae uterinae en ovaricae ontstaan.

De anamnese van de menstruele cyclus is belangrijk. Klachten ontstaan soms reeds vóór het uitblijven van de menstruatie tot ongeveer twee tot vier weken na het tijdstip van de uitgebleven menstruatie. Een eerder doorgemaakte extra uteriene graviditeit geeft in tien procent van de volgende graviditeiten kans op een herhaling. Een verhoogde kans bestaat eveneens na primaire of secundaire steriliteit, ontstekingen in abdomen en abortus.

ZIEKTEGESCHIEDENISSEN

1. Mevrouw A. is 26 jaar, gehuwd en heeft een kind van anderhalf jaar; zij gebruikt geen anticonceptivum. Op 12 november 1973 kreeg zij tijdens het boodschappen doen acute pijn onder in de buik. Zij werd per auto naar het praktijkgebouw gebracht, alwaar bij onderzoek geen afwijkingen werden gevonden. Zij was niet overtijd; toch dacht men aan een extra-uteriene graviditeit. Zij kreeg een Baralgin suppositorium en werd naar huis gebracht met het verzoek na anderhalf uur op te bellen hoe haar toestand was; zij meldde toen dat de pijn was verdwenen. Op 23 november kwam zij op het spreekuur met klachten over moeheid. Bij onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. Op verdenking van een lichte depressie — haar echt-

genoot vertoefde wegens werkzaamheden enkele weken in Frankrijk — kreeg zij driemaal daags tien mg Tryptizol voorgeschreven. Op 27 november kreeg zij opnieuw acute pijn in de buik. In de urine werden acht tot tien leukocyten per gezichtsveld gevonden en men dacht aan een cystitis. Zij kreeg viermaal daags 100 mg Furadantine en men vroeg haar de volgende dag terug te komen. Op 28 november voelde zij zich beter; er werd nog aan een niersteenaanval gedacht, maar men zag af van een intraveneus pyelogram, daar zij acht dagen overtijd was; het hemoglobinegehalte was 69 procent. Zij werd uitvoerig ingelicht over verschijnselen bij een mogelijke extra-uteriene graviditeit.

Op 29 november kreeg zij 's avonds weer buikpijn. Bij de visite bleek dat zij was gaan vloeien en geen pijn meer had. Het bloed was helder rood; het leek op menstruatie of een vroege abortus. Na ongeveer twee uur kreeg zij weer pijn, nu koliekachtig. Bij onderzoek bleek zij diffuse pijn onder in de buik te hebben, maar geen défense, voorts pijn rond de navel en tussen de schouderbladen. Bij vaginaal toucher werd links naast de uterus een zeer pijnlijke zwelling gevonden, zo groot als een walnoot. Zij werd ingestuurd met als diagnose extra-uteriene graviditeit en de volgende morgen geopereerd; de linker tuba was verdikt en geperforeerd en er werd ongeveer 200 ml bloed en stolsels in de buik

gevonden. Er werd een tubectomie aan de linker zijde verricht.

2. Mevrouw B. is 27 jaar, gehuwd en heeft een kind; zij gebruikt geen anticonceptivum. Tijdens haar eerste zwangerschap had zij recidiverend bloedverlies per vaginam. De partus vond plaats in de 32ste week van de zwangerschap; er werd een gezonde zoon geboren. De oorzaak van het bloedverlies bleef onbekend.

Medio september 1972 werd zij door een waarnemend collega van de weekenddienst wegens acute buikpijn en op verdenking van een appendicitis naar een chirurg verwezen. Bij de operatie werd een ileitis terminalis gevonden, waarvoor zij driemaal daags twee tabletten Salazopyrine kreeg voorgeschreven. Na ontslag uit het ziekenhuis hield zij aanvallen van buikpijn. Aanvankelijk verklaarden wij die als een gevolg van de lymfadenitis. Op 7 oktober dachten wij aan een extra-uteriene graviditeit. Haar menstruaties kwamen onregelmatig en de laatste was op 2 september geweest. Zij werd verwezen naar de afdeling chirurgie van een ander ziekenhuis met als diagnose strengileus of extra-uteriene graviditeit. Tijdens de chirurgische observatie kreeg zij wegens laag hemoglobinegehalte zes kolven bloed. Op de dag van ontslag, vijftien dagen later, begon zij te vloeien. De pregnosticonreactie was positief. Diezelfde dag werd zij geopereerd onder verdenking van een extra-uteriene graviditeit. Er werd een geruptureerde rechter tuba gevonden en ongeveer 300 ml oud bloed. Er werd salpingectomie rechts verricht.

Mevrouw C. is 40 jaar, gehuwd en heeft een kind van drie en eenhalf jaar. Haar laatste menstruatie begon op 15 mei 1972. Omdat tijdens een coïtus het condoom was gescheurd, gebruikte zij van 25 tot 30 mei de „morning after pill”. Op 13 juni kreeg zij buikpijn. Bij onderzoek op het spreekuur werden geen afwijkingen gevonden; er werd aan ovulatiepijn gedacht en zij kreeg Baralgin tabletten. Op 20 juni had zij bloedver-

lies per vaginam met een onaangenaam gevoel in de buik. Bij onderzoek op het spreekuur dachten wij aan een normale menstruatie.

De dag erna ging zij met vakantie naar Spanje; deze werd geen succes. Door herhaalde pijn aanvallen in de buik belande zij in een Spaanse kliniek, waar de artsen haar een proeflaparotomie voorstelden. Zij vertrok op 30 juni naar Nederland; vanaf Schiphol nam zij contact op met de huisarts en kwam direct naar het spreekuur. Zij werd naar een gynaecologische kliniek verwezen met als differentiële diagnose ovariumtumor, adnexitis of extra-uteriene graviditeit. Aan de laatste mogelijkheid werd wegens gebruik van de „morning after pill” sterk getwijfeld. Zij werd opgenomen. Op 1 juli bleek de zwangerschapsreactie negatief te zijn. Op 2 juli werd de pijn in de buik heviger en begon zij te vloeien. Het cavum douglasi was bij rectaal toucher zeer pijnlijk. Bij de operatie werd een tubaire abortus gevonden met weinig bloed in de buikholtte, omdat een omentumslip de tuba overdekte.

Epicrise: De „morning after pill” werkte in op het uteruslijmvlies. Hij oefende geen invloed uit op de implantatie in de tuba.

4. Mevrouw D. is 39 jaar en gehuwd. Op een middag belde zij de assistente met de mededeling dat zij zich naar voelde en pijn in de buik had. Er werd een visite na het spreekuur toegezegd. Eenhalf uur later belde de buurvrouw van mevrouw D. naar de praktijk en zei dat het met mevrouw D. helemaal niet goed ging. Direct na dit bericht werd zij thuis bezocht. Mevrouw D. lag in bed, bleek en met shockverschijnselen. Zij was ongeveer een week overtijd. Bij onderzoek bleek haar buik soepel, er was geen défense; bij rectaal toucher was het cavum douglasi pijnlijk. Zij werd met spoed naar een gynaecologische kliniek vervoerd, waar zij onmiddellijk werd geopereerd. Men vond een tubairruptuur met bloeding in de vrije buikholtte; er werd salpingectomie gedaan.

Anderhalf jaar na deze operatie werd mevrouw D. opnieuw zwanger; deze keer verliet alles normaal.

5. Mevrouw E. is 32 jaar en heeft geen kinderen. Op 5 september 1966 consulteerde zij de huisarts omdat zij wat bruine afscheiding had. Haar laatste menstruatie was op 9 augustus 1966 geweest. Op 10 oktober consulteerde zij de huisarts weer omdat zij wat bloederige afscheiding en pijn onder in de buik had. Het hemoglobinegehalte was 67 procent; diagnose: dreigende abortus. Na twee dagen werd de pijn heviger. Men dacht aan een tubaire abortus waarop zij de volgende dag op de gynaecologische afdeling van een ziekenhuis werd opgenomen. De zwangerschapsreactie was positief. Op 28 oktober werd zij onder narcose onderzocht; links naast de uterus bevond zich een grote geïnfiltreerde zwelling. Een douglaspunctie leverde bloed op, waarop zij diezelfde dag werd geopereerd; er werd een amputatie van de linker tuba en appendectomie verricht. Bij pathologisch anatomisch onderzoek werd een georganiseerde bloeding met resten van de tubawand gevonden. De patiënte kreeg twee kolven bloed toegediend.

Epicrise: tussen de eerste klacht en de opname in het ziekenhuis verlieten zes weken. Na de opname duurde het nog vijftien dagen voordat zij werd geopereerd. Het resultaat van de Douglaspunctie was hier een bewijs voor de diagnose extra-uteriene graviditeit. Later zijn er nog twee gezonde kinderen geboren.

6. Mevrouw F. is 27 jaar en heeft een kind. Op 12.2.1960 kreeg zij, terwijl zij een trap opliep, hevige pijn in de rug. Bij onderzoek direct hierna werden geen afwijkingen gevonden. Er werd aan de mogelijkheid van een acute lumbago gedacht. Na ongeveer anderhalf uur werd de huisarts opnieuw gewaarschuwd, omdat zij hevige pijn had en zich erg beroerd gevoelde. Bij onderzoek bleek zij in shock te zijn; de buik was soepel. Bij rectaal toucher bleek het cavum

douglasi erg pijnlijk. Zij werd met spoed ingestuurd met als diagnose extra-uteriene graviditeit. De menstruatie was twaalf dagen uitgebleven. Bij laparotomie werd de diagnose bevestigd. Patiënte kreeg drie kolven bloed en de rechter salpinx werd verwijderd. Al eerder werd in 1957 wegens extra-uteriene graviditeit-salpingectomie links verricht. Tijdens het tweede onderzoek vertelde zij dat zij dezelfde verschijnselen als in 1957 had.

De intacte extra-uteriene graviditeit geeft weinig karakteristieke verschijnselen. Door de weekheid van de weefsels zal men bij vaginaal toucher zelden een zwangere eileider kunnen vaststellen. In dit beginstadium heeft de vrouw soms koliekachtige pijnen

onder in de buik (patiënten A, B, C en E). Het is dan van belang een goede gynaecologische anamnese op te nemen en het menstruatiepatroon na te vragen. Wanneer het ei losscheurt krijgt men met een acuter beeld te maken: koliekachtige pijnen, afgewisseld met perioden zonder pijn; soms is er enig bloedverlies uit de vagina. Wanneer bij een tubaire abortus bloed in de buikholte vrij komt, kunnen er typische symptomen aanwezig zijn, zoals pijn onder in de buik en tussen de schouderbladen (frenicusprikkeling) en bij rectaal toucher cri du Douglas. Is de bloeding hevig dan kan shock ontstaan. Er valt daarbij op dat er geen défense musculaire is (patiënten D en F). Vooral bij een tubaruptuur kan plotseling massaal bloedverlies, gepaard

gaand met heftige buikpijn en shock optreden (patiënten D en F). Doch ook een tubaire abortus kan veel bloedverlies en shock geven.

De therapie is operatief. De zwangere tuba moet worden verwijderd, waarbij het ovarium meestal kan worden gespaard. De vruchtbaarheid wordt aanzienlijk gereduceerd. Ongeveer tien procent van deze vrouwen krijgt opnieuw een extra-uteriene graviditeit (patiënt F), ongeveer 30 procent van hen voldragen een normale intra-uteriene graviditeit en de overigen zijn al dan niet gewild steriel.

Martius, G. M. Lehrbuch der Geburtshilfe. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1971.

Meedelen en meedelen in de diagnose*

DOOR W. J. MOGGRÉ, HUISARTS TE HILVERSUM

In gesprekken met ouders van gehandicapte kinderen hoort men vaak het verwijt doorklinken dat de huisarts in zulke gezinnen, om het maar zacht te zeggen, niet goed functioneert. Eenzelfde verwijt kan men ook te horen krijgen van de professionele werkers met gehandicapten, zoals de medewerkers aan de sociaal pedagogische diensten, maatschappelijk werkers, leiders in sociale werkplaatsen enzovoort.

Dit feit zal voor een groot deel wel zijn terug te brengen tot een „onbekend maakt onbemind”. Wij weten niet goed raad met de gehandicapte kinderen. Met de alleen lichamelijk gehandicapten gaat dat nog wel, die kunnen naar allerlei orgaan-specialisten worden verwezen, maar met de somatisch gezonde, doch psychisch geretardeerde kinderen weet men helemaal geen raad, en (dus?) ook niet met hun ouders.

In het algemeen gesproken weet men erg weinig over de mogelijkhe-

den voor deze kinderen; men weet nauwelijks van sociaal pedagogische diensten, van ouderverenigingen, van school-mogelijkheden, van de differentiatie binnen de opnemingsmogelijkheden.

Vanuit deze onwetendheid komt een gevoel van machteloosheid over ons en dan gaan wij zo'n probleem (of vervelende ouders, zoals wij dan zeggen) óf agressief te lijf om onze eigen onzekerheid te verbergen, wat op zijn beurt weer spanningen bij de tegenpartij oproept, óf wij gaan met een wijde boog om het gehele probleem heen. Het resultaat is in beide gevallen hetzelfde: de ouders voelen zich door de huisarts in de steek gelaten.

Min of meer toevallig ben ik in de loop der jaren wat nauwer betrokken geraakt bij het werk voor deze kinderen. Het multidisciplinaire werk ten bate van deze gehandicapten met maatschappelijk werkers, met sociaal pedagogen, met instellingen, zoals dagverblijven en gezinsvervangende tehuizen opent geheel nieuwe perspectieven.

Het hiernavolgende, een inleiding op een gespreksavond met ouders van geestelijk gehandicapte kinderen, „Philadelphia-kring”, getiteld: „Hoe vertel ik het de ouders?”, is hieruit voortgekomen. Men dient bij het lezen hiermee wel degelijk rekening te houden.

Het betreft dus de vraag hoe ik als huisarts — of zo u wilt gezinsarts in navolging van het Engelse „family doctor” — handel als in een gezin een gehandicapt kind is geboren. Onder gehandicapt worden niet alleen geestelijke defecten, maar ook lichamelijke afwijkingen begrepen, soms zelfs moet je vertellen van afwijkingen die, zoals wij dat noemen, niet met het leven verenigbaar zijn.

Ik ben van mening dat in al deze gevallen onze handelwijze vergelijkbaar moet zijn. Vergelijkbaar niet in die zin, dat wij overal precies eender zullen handelen, integendeel, van gezin tot gezin, van ouder tot ouder, verschillend, dus uiterst individueel, maar toch ook met een vergelijkbaar grondpatroon dat naar mijn mening

* Deze titel is ontleend aan een artikel van Prof. Dr. G. M. H. Veeneklaas.