

up to date houden van registers betreffende diverse categorieën van risicopatiënten en het integreren van deze risicobewaking op een patiënt-vriendelijke wijze in de normale huisartsenzorg.

- Voor de levensloopgeneeskundige benadering, het derde paradigma, geldt eveneens dat een systematische opbouw van databestanden onontbeerlijk zal zijn. Dit kan uitstekend aan de praktijk-assistente worden gedelegeerd, die daardoor tevens geïnteresseerd wordt in dit aspect van de huisartsgeneeskundige praktijk.

- Ook de gezinsgeneeskundige benadering, het vierde paradigma, behoeft onder delegeren van taken aan de assistente geenszins te lijden. Integendeel, in de praktijk heb ik herhaaldelijk via de beide assistentes met wie ik samenwerkte, zeer waardevolle informatie over (gezins)achtergronden gekregen, die patiënten wel aan hen en niet aan mij hadden meegedeeld. Hetzelfde verschijnsel deed zich voor, toen wij bij een experiment huisbezoeken aan een verpleegster delegeerden.¹

Het stuk van Hofmans deed mij denken aan een vroegere discussie met Van Deen in de initiatiefgroep van de oprichters van het NHG. Van Deen beschouwde toen het werken met een praktijkassistent als niet verenigbaar met het karakter van de taak van de huisarts. Later is hij daarover tot andere inzichten gekomen. Ik denk dat iets dergelijks ook zal gelden voor de bezwaren van Hofmans.

Delegeren moet niet betekenen dat men iets afstoot, maar wel dat men onder zijn supervisie anderen iets laat doen die dat even goed of beter kunnen. Naar mijn mening dient er daarbij dagelijks intensief overleg tussen huisarts en assistente plaats te vinden. Ik denk niet dat dit delegeren een minder goed contact tussen huisarts en patiënt behoeft te betekenen. Het kan er juist toe leiden dat persoonlijk contact tussen huisarts en patiënt gericht en bewuster wordt benut.

F. J. A. Huygen

¹ Huygen FJA, Van Thiel AMG, Degen H. Huisarts en verpleegster; verslag van een 'pilotstudy' over de vraag in hoeverre een verpleegster een huisarts bij zijn visites behulpzaam zou kunnen zijn. Huisarts Wet 1967; 10: 355-63.

Alternatieve morning-after pil

Toen ik mij als huisarts vestigde, was juist de mogelijkheid bekend van het voorschrijven van de alternatieve morning-after pil (2x2-methode). Dit leek mij een zeer welkom alternatief voor de klassieke morning-after pil (5x5-methode), waarbij de vrouw ineens een hoeveelheid oestrogenen inneemt die overeenkomt met 500 dagen pilgebruik c.q. 800 dagen sub-50-pilgebruik; bovendien betekent deze methode dat de vrouw zich vijf dagen misselijk en beroerd voelt (zelf eenmaal mogen meemaken).

Ik heb inmiddels vaak de alternatieve morning-after pil voorgeschreven, en gelukkig zonder mislukkingen tot nu toe. Jammer genoeg kwamen echter al gauw de berichten uit MR'70 over het relatief grote aantal mislukkingen van de alternatieve morning-after pil.

Het artikel van *Wibaut* geeft zinvol cijfermateriaal om deze materie enigszins objectief te benaderen. Met zijn conclusie ben ik echter bepaald niet gelukkig. Deze luidt dat je de vrouw die om morning-after anticonceptie vraagt, zou moeten vertellen dat haar kans op zwangerschap door de alternatieve morning-after pil wordt gehalveerd en door de klassieke methode vrijwel volledig wordt geëlimineerd. Zo voorgezicht zullen de meeste vrouwen kiezen voor de klassieke methode (of het spiraal, dat ik vanwege de kleine aantallen verder buiten beschouwing laat).

Uitgaande van de cijfers die *Wibaut* geeft, wil ik een en ander nog eens anders bekijken. Indien in de 25.000 gevallen van morning-after pil voorschrijvingen in 1984 geen enkele post-coïtale maatregel was genomen, waren er bij een kans op zwangerschap van 6 procent 1500 ongewenste zwangerschappen ontstaan. Door in al deze gevallen de klassieke methode voor te schrijven gevallen, worden hiervan – gegeven het misluktingspercentage van 0,02 procent – 1495 zwangerschappen voorkomen. Dat is een mooi resultaat, maar intussen zijn 23.500 vrouwen, achteraf gezien, onnodig met dit zware middel behandeld: 23.500 vrouwen zijn vijf dagen ziek geweest, hebben wellicht niet kunnen werken, enz.

Stel nu dat in alle gevallen de alternatieve morning-after pil was voorgeschreven. Met een misluktingspercen-

tage van 2 procent waren weliswaar 1000 zwangerschappen voorkomen, maar waren er ook 500 ontstaan, en dat is (te) veel. De overige 23.500 vrouwen zijn echter aanzienlijk milder behandeld dan met de klassieke methode.

Mijns inziens moet worden gezocht naar een rationele tussenweg. Ik probeer daarom uit te gaan van de individuele vrouw die om morning-after anticonceptie vraagt, en handel daarbij momenteel als volgt:

- Heeft de vrouw eenmaal de pil vergeten en rond die tijd coïtus gehad, dan adviseer ik de alternatieve morning-after pil; de strip moet worden afgemaakt, en de rest van de 'cyclus' moet als niet beschermd worden beschouwd; volgt na de volgende strip geen onttrekkingsbloeding dan dient men voor de zekerheid een zwangerschapstest te laten doen.

- Bij mislukken van een van de overige anticonceptiemethoden is mijn advies afhankelijk van het moment in de cyclus waarop dit gebeurde: was dit in de eerste week of later dan 20 dagen na de vorige menstruatie, dan adviseer ik de alternatieve morning-after pil; gebeurde het tussen de 7e en 20e dag van de (regelmatige) cyclus, dan adviseer ik eveneens de alternatieve morning-after pil; daarbij vertel ik dat dit niet altijd goed gaat, en dat er een kleine kans is dat toch een abortus nodig is; verder noem ik de klassieke methode als tweede keuze.

- Bij een geheel onbeschermd coïtus in de eerste 7 dagen of na de 20e dag adviseer ik de alternatieve morning-after pil, en noem ik de zeer kleine kans op mislukken; in de tijd tussen de 7e en de 20e dag, geef ik de informatie die *Wibaut* voorstelt: de 5x5-methode beschermt praktisch helemaal, de alternatieve morning-after pil voor 50 procent.

In de dagelijkse praktijk zijn er dan nog genoeg uitzonderingen te bedenken, maar dit 'schema' geeft tenminste enig houvast.

Corinne Collette,
huisarts in Utrecht

¹ Wibaut P. De onbetrouwbaarheid van de alternatieve morning-after pil. Huisarts Wet 1986; 29: 306-7.

Naschrift

Collega Collette gaat geheel terecht uit van de individuele vrouw die om morning-after contraceptie verzoekt. Uitgangspunt daarbij is het risico dat de vrouw in kwestie gelopen heeft, de betrouwbaarheid van de verschillende middelen en hun bijwerkingen. In situaties waarin de kans op conceptie zeer gering lijkt, wordt gekozen voor de 2x2-methode om de vrouw niet 'onnodig' te belasten met de bijwerkingen van de 5x5-methode.

Merkwaardig genoeg blijkt onder meer uit het onderzoek van *Van Santen en Haspels* dat de verschillende morning-after pillen (mits met een antiemeticum gebruikt) elkaar in bijwerkingen niet veel ontlopen.^{1,2}

Tabel. Bijwerkingen bij de 2x2- en de 5x5-methode. Percentages

Bijwerkingen	2x2	5x5
Misselijkheid	39-54	48-59
Misselijkheid en braken	16	21
Anti-emeticum gebruikt	34-37	34-38
Duur van de bijwerkingen:		
- 1 dag	74	56
- 2 dagen	14	17
- > 2 dagen	11	27

Door alle vrouwen met een zeer gering risico de 2x2-methode te adviseren, zal men het grootste deel van deze vrouwen 'onnodig' belasten met bijwerkingen, terwijl de helft van de vrouwen voor wie de methode 'nodig' is, toch zwanger wordt.

Ik zou willen bepleiten ook in die situaties de keus aan de betreffende vrouw te laten en haar te informeren over het zeer geringe risico dat zij gelopen heeft. Indien zij dit risico acceptabel acht, dan zijn er ook geen kuren met bijwerkingen nodig. Acht de vrouw dit risico toch te hoog, dan kan zij dit risico nog eens halveren door de 2x2-methode of (vrijwel) elimineren door de 5x5-methode of een morning-after spiraal.

Pieter Wibaut

¹ Van Santen MR, Haspels AA. Comparative randomized double-blind study of high dosage ethinylestradiol vs ethinylestradiol-norgestrel combination in postcoital hormonal contraception. *Res Fam Plann* 1984; 67-72.

² Van Santen MR, Haspels AA. A comparison of high-dose estrogens vs low-dose ethinylestradiol and norgestrel combination in postcoital interception: a study in 493 women. *Fertil Steril* 1985; 43: 206-13.

Literatuur van pag. 48

¹ Working Party on ICPC. International Classification of Primary Care (ICPC). Manual for use of ICPC in relevance studies. Amsterdam: Department of General Practice, University of Amsterdam, 1985.

² Anonymous. International Conference of Health Statistics for the Year 2000. Report of WHO on a Bellagio Conference. Budapest: WHO Statistical Publishing House, 1984.

³ Classification Committee of WONCA. ICHPPC-2-defined. Inclusion criteria for the use of the rubrics of the International Classification of Health Problems in Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1983.

⁴ Sokal RR. Classification: purposes, principles, progress, prospects. *Science* 1974; 185: 1115-23.

⁵ Hjortdahl P. Medical taxonomy. A general practitioner's friend and foe. *Scand J Prim Health Care* 1986; 4: 1-4.

⁶ Fromm J. Primary care classification. A proposal for ICD-10. In: Cotem RA, Protiti DJ, Scherrer JR, eds. Role of informatics in health data coding and classification system. Amsterdam: Elsevier Science Publishers, 1985.

⁷ Lamberts H, Wood M, eds. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987 forthcoming.

⁸ Anonymous Organization. International Classification of Diseases - Ninth Revision. Geneva: World Health Organization, 1977.

⁹ Anonymous. Classification of Diseases, Problems and Procedures 1984. *J R Coll Gen Pract [Occas Pap]* 1984; 34(26).

¹⁰ Lamberts H. Aan de diagnose gebonden informatie uit de huisartspraktijk; van een op de prevalentie naar een op de episode georiënteerde epidemiologie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 292-6.

¹¹ Wood M, Mayo F, Marsland D. Practice-based recording as an epidemiological tool. *Ann Rev Public Health* 1986; 7: 357-89.

¹² Green LA, Wood M, Becker L, et al. The ambulatory sentinel practice network: purpose, methods and policies. *J Fam Pract* 1984; 18: 275-80.

¹³ Anonymous. ICD-10-proposal. Geneva: World Health Organization, 1986.

The effects of hospital admission for bedrest on the duration of twin pregnancy: a randomized trial. *Saunders MC, Dick JS, Brown IMcL, et al. Lancet* 1985; ii: 793-5.

Bij dit onderzoek in Zimbabwe werden 212 vrouwen met een tweelingzwangerschap verdeeld in twee groepen. De ene groep kreeg het advies om vanaf een zwangerschapsduur van 32 weken in het ziekenhuis te blijven liggen tot de bevalling, de andere fungeerde als controlegroep; bij deze vrouwen vond opname plaats, wanneer dat nodig leek en dat was gemiddeld vijf weken later.

Een voortijdige bevalling kwam significant meer voor bij de vrouwen die routinematig waren opgenomen en er waren in deze groep ook meer perinatale sterfgevallen onder de kinderen (echter niet significant). Ook waren er in die groep meer babies met een zeer laag geboortegewicht (< 1500 g).

C. H. A. Westhoff

Place of radioactive Iodine in treatment of thyrotoxicosis. *Henneman G, Krenning EP, Sankaranarayanan K. Lancet* 1986; i: 1369-71.

In deze studie wordt getracht de plaats te bepalen van radioactief Jodium - als alternatief voor thyreostatica en chirurgie - bij de behandeling van thyreotoxicose bij de ziekte van Basedow, het multinodulair struma en het toxisch adenoom.

Van de antithyreïde medicamenten is bekend dat slechts bij 5 procent van volwassen patiënten allergische of toxische reacties optreden; bij kinderen doen zich echter frequenter bijwerkingen voor. Bij het toxisch adenoom hebben langdurig toegediende thyreostatica weinig waarde, omdat na het stoppen van de therapie bijna altijd een recidief optreedt. Bij de ziekte van Basedow en bij het multinodulaire struma wordt het percentage remissies op 40-50 procent geschat.

Na thyroïdectomie is het percentage recidieven veel lager, 1-12 procent, maar de bezwaren zijn de grote risico's van de operatie en de optredende hypothyreïdie. De risico's van de operatie nemen bovendien toe, doordat chirurgen steeds minder strumectomiën verrichten en hun vaardigheid daardoor geringer wordt.

De mogelijke gevaren van de behandeling met radioactief Jodium zijn hypothyreïdie, kwaadaardige groei en genetische beschadiging.

Het percentage patiënten met hypothyreïdie 15 jaar na behandeling met J131 varieert van 20 tot 50 procent, afhankelijk van de dosis. Wat betreft het optreden van maligniteit, zijn er diverse onderzoeken die melden dat er geen significante toename is van leukemie en schildkliercarcinoom, ook niet bij patiënten jonger dan 20 jaar. Er is slechts weinig informatie over genetische afwijkingen.

gen na toediening van J131. Vermoedelijk is de behandeling echter niet schadelijk.

Op grond van literatuuronderzoek komen de schrijvers tot de volgende conclusie: patiënten van alle leeftijden met een klein struma (maximaal driemaal de normale grootte) kunnen ten minste een jaar met thyreostatica behandeld worden en hebben een betrekkelijk goede kans op een permanente remissie. Radioactief Jodium is een alternatief en is vooral geïndiceerd wanneer er een recidief is na behandeling met medicijnen of als het oorspronkelijke struma viermaal of meer vergroot is. Bij een zeer groot struma is J131 waarschijnlijk van beperkte waarde en is subtotale strumectomie de eerste keus.

Bij multinodulaire krop zijn thyreostatica minder effectief dan bij een diffuus struma, hier is J131 geïndiceerd. Bij het toxisch adenoom is operatie aangewezen omdat remissie dan meestal blijvend is, maar langdurig behandelen met thyreostatica is ook mogelijk. Strumectomie is geen goed alternatief vanwege de vele complicaties.

C. H. A. Westhoff

Head-up tilt: a useful test for investigating unexplained syncope. *Kenny RA, Ingram A, Bayliss J, Sutton R. Lancet 1986; i: 1352-4.*

Het omhoog tillen van het hoofd bij een liggende patiënt is een bekende methode om een vasovagale syncope uit te lokken. Dit onderzoek had betrekking op 15 patiënten met een gemiddelde leeftijd van 65 jaar en met gemiddeld 15 episodën van wegrakingen in een periode variërend van één week tot 26 jaar; er was een controlegroep van 10 personen, met een gemiddelde leeftijd van 70 jaar. Bij deze personen werd het hoofd gedurende 60 minuten in een hoek van 40 graden omhoog gehouden, terwijl intussen systolische bloeddruk en polsfrequentie continu werden gemeten. Zodra een patiënt een syncope kreeg, werd het hoofd weer in een normale houding gebracht.

Bij tien patiënten en bij één controlepersoon ontstond een vasovagale wegraking. Bij bewusteloosheid viel de systolische bloeddruk terug van gemiddeld 150 mm Hg tot gemiddeld 50 mm Hg, terwijl de hartfrequentie bij acht patiënten en één controle daalde van gemiddeld 62 tot gemiddeld 38 slagen per minuut. Zodra men weer in de normale houding was gebracht, verdwenen de symptomen. In alle gevallen waren de symptomen tijdens de proef gelijk aan de symptomen die men tevoren had ondervonden. Klinische symptomen die het optreden van een syncope na het omhoog tillen van het hoofd konden voorspellen, waren er niet. Systolische bloeddruk en hartfrequentie verschilden niet tussen patiënten en controles.

Bij zeven patiënten werd een pacemaker ingebracht. Deze patiënten – onder wie één

patiënt die tevoren iedere dag wegrakingen had – bleven symptoomvrij gedurende de follow-up periode van gemiddeld 10 maanden.

C. H. A. Westhoff

Impaired insulin action in puberty. A contributing factor to poor glycemic control in adolescents with diabetes. *Amiel SA, Sherwin RS, Simonson DC, Lauritano AA, Tamborlane WV. N Engl J Med 1986; 315: 215-9.*

In dit onderzoek werd nagegaan of de weefsels in de puberteit meer insuline dan daarvoor en daarna nodig hebben om een standaard-hoeveelheid glucose te verwerken. Hiertoe werd gebruik gemaakt van een zeer geavanceerde methode, de 'insulineclamp techniek'. Hiermee werden zes diabetische kinderen en tien diabetische adolescenten onderzocht, alsmede twee even grote niet-diabetische controlegroepen.

Zowel voor diabetische als voor niet-diabetische kinderen bleek de hoeveelheid insuline, nodig om 50 gram glucose in de weefsels te utiliseren, lager dan in de puberteit. De – reeds bekende – insulinebehoefte van volwassen diabeten en niet-diabeten is ook lager dan die van adolescenten. Dit betekent dat in de adolescentie een relatieve insuline-resistentie bestaat. Het feit dat diabetes in de adolescentie zo moeilijk regelbaar is, berust dus niet alleen op psychosociale factoren, zoals verzet tegen de ouderlijke en medische autoriteit en snoeplust, maar ook op fysiologische veranderingen die een grotere insulinebehoefte veroorzaken.

H. G. Frenkel-Tietz

Antecedents of cerebral palsy: multivariate analysis of risk. *Nelson KB, Ellenberg JH. N Engl J Med 1986; 315: 81-6.*

In dit onderzoek werd nagegaan, welke factoren een voorspellende waarde hebben voor het optreden van hemiplegia spastica infantilis. Daartoe werden in twaalf universiteitsklinieken gedurende zeven jaar ruim 50.000 zwangerschappen gecontroleerd, waarna de geboren kinderen tot hun zevende levensjaar werden gevolgd.

Uit de 50.000 zwangerschappen werden 189 kinderen met hemiplegia spastica infantilis geboren. Van deze kinderen was 40 procent geestelijk gehandicapt en een kwart had in de eerste levensjaren minstens één afebriële convulsie. Enkele risicofactoren bleken al voor de conceptie aanwezig te zijn: een geestelijk gehandicapte moeder of een broer of zuster met motorische afwijkingen.

Gedurende de zwangerschap bleken congenitale afwijkingen, vertraagde groei, stuitligging en ernstige proteinurie of bloedingen in het derde trimester van de zwangerschap risicofactoren te zijn. Foetale nood (brady-

cardie, AGPAR-score onder drie na vijf minuten en de eerste schreeuw meer dan vijf minuten post partum) kwam bij kinderen met hemi- of diplegie voor, maar altijd in combinatie met prenatale factoren. Overigens dient opgemerkt te worden dat maar 3 procent van de kinderen met drie risicofactoren deze ziekte werkelijk vertoonde.

Samenvattend kan men zeggen dat de voorspellende waarde van de verschillende factoren niet groot is. De kans lijkt gering dat door betere perinatale bewaking het optreden van hemi- of diplegie voorkomen kan worden.

H. G. Frenkel-Tietz

Babies born in a district general hospital to mothers taking heroin. *Klenka HM. Br Med J; 293: 745-6.*

De auteur beschrijft zijn ervaringen met 25 babies van 23 moeders (twee bevelen in de onderzoeksperiode tweemaal) die bekend waren als heroïneverslaafden.

Het merendeel van de moeders was alleenstaand (78 procent); slechts zeven moeders kwamen regelmatig op zwangerschapscontrole en slechts vijf wisten tijdens de zwangerschap het heroïnegebruik te stoppen (om er later weer mee te beginnen).

Van de 25 babies ontwikkelden er 19 onthoudingsverschijnselen (meestal binnen 24 tot 48 uur): prikkelbaarheid, voedingsproblemen, hyperactiviteit, braken en niezen. Bij een minderheid kwamen koorts en diaree voor; convulsies kwamen in het geheel niet voor. De verschijnselen duurden 3 tot 20 dagen, met een gemiddelde van een week. Twaalf babies moesten medicamenteus worden behandeld met phenobarbital.

Van de 25 babies waren er vijf prematuur geboren en zes dysmatuur. Gemiddeld moesten de babies 14 dagen in het ziekenhuis verblijven, meestal op grond van psychosociale problemen van de moeder. Na ontslag konden de meesten worden toevertrouwd aan de moeder, nadat hulpverlening door het maatschappelijk werk was geregeld; bovendien werd alle de vrouwen psychiatrische hulp aangeboden.

Slechts zes moeders verschenen voor alle nacontroles, de rest kwam maar eenmaal of in het geheel niet. Hierdoor konden de vaccinaties bij elf babies niet naar behoren worden uitgevoerd.

De auteur eindigt met de conclusie dat de morbiditeit van babies van heroïneverslaafde moeders groter is dan van babies van gezonde moeders, doch dat de onthoudingsverschijnselen in geen van de onderzochte gevallen levensbedreigend waren. De sociale implicaties van de verslaving zullen de normale ontwikkeling van het kind veel meer belemmeren dan de medische problematiek voor en na de bevalling.

Evert Lamfers