

- pas na het speculumonderzoek te toucheren: bij een wijd openstaand ostium of een uitpuilende vruchtzak of bij het aantreffen van het zwangerschapsprodukt in de vagina is de diagnose reeds rond en voegt een toucher geen wezenlijke informatie toe, tenzij men denkt aan een (eveneens aanwezige) extra-uteriene graviditeit;
 - bij zeer heftig bloedverlies of shock-verschijnselen het toucher achterwege te laten en de patiënt direct te verwijzen.
- 2** Hoewel bedrust als zinloos wordt beschouwd, kan 'kalm aan doen' mogelijk het bloedverlies bij een miskraam enigszins beperken. Vrouwen die fysiek zwaar werk verrichten, kan geadviseerd worden om bij toename van het bloedverlies thuis te blijven. Ook een coitusverbod zou de mate van bloedverlies kunnen beperken.
- 3** Bij de differentiële diagnose van bloedverlies in het eerste trimester ontbreekt de deciduabloeding. Spontane bloedingen van het uterusslijmvlies tijdens de eerste of tweede 'gemiste' menstruatie komen nogal eens voor, maar zijn gering en gaan vanzelf weer over.² De diagnose wordt eigenlijk alleen 'per exclusionem' gesteld. Praktische consequenties zijn er niet.
- 4** In geval van een portio-erosie wordt een cervixuitstrikje geadviseerd, maar dit zal zelden te beoordelen zijn als er veel bloedverlies is. Eventueel aanstippen van erosies met een etsende vloeistof (trichloorazijnzuur, Lotagen®) zou het bloedverlies kunnen stoppen, maar dient waarschijnlijk alleen de gemoedsrust van patiënt en/of arts.
- 5** Vanaf de tiende week kan met de doptone foetale hartactie worden opgespoord. Een duidelijk aanwezige hartactie maakt de kans op een miskraam – ook bij bloedverlies – uitermate klein. Er is dan sprake van een levensvatbaar vruchtje. In het algemeen dient men vrouwen pas te verwijzen naar een verloskundige of – bij een medische indicatie – naar een gynaecoloog als de doptone positief is! Ook andere maatregelen, zoals aanmelden bij het kraamcentrum en drastische stappen als het opgeven van een baan, dienen uitgesteld te worden tot na dit eerste teken van leven van de foetus.
- Eventueel zou binnen de waarneemgroep onderling verwezen kunnen worden naar die huisartsen, die over een doptone beschikken, bij bloedverlies van een patiënt tussen de 10e en 16e week. Onnodige verwijzingen naar de tweede lijn of verloskundige worden zo voorkomen.
- Een en ander heeft ook financiële consequenties. Hulp door de huisarts bij een miskraam tussen 12 en 20 (?) weken amenorroe wordt, indien deze hulp meer omvat dan alleen de diagnose en/of verwijzing, vergoed door het ziekenfonds.
- 6** De bepaling van het Hb-gehalte wordt in de

standaard facultatief gesteld. Omdat het bloedverlies bij een miskraam ongemerkt toch vrij aanzienlijk kan zijn, lijkt een Hb-bepaling bij de controle na 10 dagen me obligaat.

G. Molleman

¹ Flikweert S, Ligtenberg WJJ, Sips AJBI. (Dreigende) miskraam [Standaard]. Huisarts Wet 1989; 32: 517-22.

² Bakker H, Huygen FJA, Ligtenberg WJJ, Sips AJBI. Bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap. Huisarts Wet 1983; 26: 326-30.

Naschrift

1 Vaginaal toucher in het *derde* trimester van de zwangerschap, verricht buiten de kliniek, is een kunstfout. Een van de mogelijke oorzaken is immers de placenta praevia. Dit geldt echter niet voor bloedverlies in het eerste trimester.

Bij zeer heftig bloedverlies of shockverschijnselen zou volgens Mollema het vaginaal toucher achterwege moeten blijven en zou de patiënt direct verwezen moeten worden. Het bellen van de ambulance kan dan inderdaad zinvol zijn. Niet zelden kan echter de oorzaak van het bloedverlies met een speculum en een abortustang in de thuissituatie worden opgelost. De half uitgestoten deciduacast wordt uit het cervicaal kanaal getrokken, en eventueel wordt ermetrine toegepast.

We zijn het met Molleman eens dat het speculumonderzoek vooraf dient te gaan aan het vaginaal toucher, voor zover dit laatste nog nodig is.

2 Bedrust is zinloos als behandelingsadvies bij de klacht bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap. Dit advies is overigens door generaties (huis)artsen aan hun patiënten gegeven in deze situatie. Indien het bloedverlies de eerste aankondiging is van een miskraam, heeft bedrust geen invloed op het beloop daarvan. Is er een andere oorzaak van bloedverlies, dan gaan ook deze over zonder bedrust. Natuurlijk is het wel zinvol om een vrouw met een abortus in gang te adviseren kalm aan te doen en eventueel bedrust te nemen tijdens de uitdrijving.

3 Bij de differentiële diagnose van bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap hebben wij die diagnoses genoemd die om een ander beleid vragen of een behandeling mogelijk maken: extra-uteriene zwangerschap, cervixpoliep, portio-erosie, premaligne of maligne aandoeningen en de molazwangerschap. Andere 'verklaringen' zoals deciduabloedingen of de reductie van tweeling naar eenlingzwangerschap, hebben we bij deze opsomming niet genoemd, omdat ze – zoals Molleman ook stelt – ze alleen per exclusionem worden gesteld en geen praktische consequenties hebben.

4 Het behandelen van een portio-erosie zonder dat adequate diagnostiek door middel van een *smear* kan plaatsvinden, is een dilemma. Het voorgestelde coaguleren is effectief en dient de gemoedsrust van de patiënt, zij het niet van de arts. Na effectief coaguleren is immers de eerste maanden geen cytologische beoordeling meer mogelijk. Het dilemma zit in de keuze tussen enerzijds een snelle en effectieve behandeling met een verlies van diagnostische mogelijkheden voor de komende maanden, en anderzijds afwachten en na enige weken alsnog diagnostiek voor een aandoening met een zeer lage incidentie.

5 In sommige Afrikaanse landen krijgt een kind pas een naam als het de eerste twaalf maanden heeft overleefd. Vroeger werd pas mededeling gedaan aan de overige familie van een aanstaande gezinsuitbreiding als de moeder leven voelde. Evenzo kan men het zwanger zijn pas laten ingaan als de foetale hartactie door middel van echografie is aangetoond. Indien men daarvan verwijzingsconsequenties moet verbinden, is dat net zo cultureel bepaald als de zojuist genoemde criteria.

6 In de consensusvorming over de standaard is ervoor gekozen om een HB-bepaling – al dan niet aangevuld met een MCV, MCHC en MCHV – niet obligaat te stellen of als routine te adviseren. Daarvoor zijn de volgende redenen:

- het bloedverlies bij een spontaan verlopende miskraam is zo gering dat het meestal geen aanleiding geeft tot een duidelijke HB-daling;
- het is discutabel of een HB-daling met twee of drie mmol ten gevolge van een bekende oorzaak (miskraam of bloedafgifte als donor) bij overigens gezonde mensen met een gevuld ijzerdepot, medische correctie behoeft in de zin van transfusie of extra ijzersuppletie. De recente discussie over de risico's van transfusie in verband met Aids geeft hieraan nog een extra dimensie.

Indien er evident fors bloedverlies was, of als het vermoeden bestaat op een aanzienlijke HB-daling, dan kan een HB-bepaling wel zinvol zijn, waarna volgens bevindingen gehandeld dient te worden.

Namens de werkgroep,
S. Flikweert,
A.J.B.I. Sips

Pseudo-wetenschappelijk

In de standaard 'Schouderklachten' staat op bladzijde 199 onder het hoofdstuk 'Therapie' de volgende zin: 'Voor *eenkele* behandeling (die in de standaard wordt besproken) is de

werkzaamheid in voldoende mate wetenschappelijk onderbouwd.¹

Met enige verbijstering vraag ik me nu af hoe deze standaard alle toetsingsstadia heeft kunnen overleven. Behandelingen die alleen op hypothetische gronden worden toegepast, zou men meer verwachten in de alternatieve hoek of bij vele fysiotherapeuten. Het ontgaat me ten een male volkomen waarom ons wetenschappelijk genootschap zich op een dergelijke manier moet blameren. Of mogen we eertijds ook nog een standaard iriscopie verwachten? Ik ben van mening dat, net als het plaatsen van paginagrote advertenties voor homeopathische 'geneesmiddelen' in ons lijfblad, ook het publiceren een pseudo-wetenschappelijke leuter de geloofwaardigheid van het huisartsenvak geweld aandoet.

De kwaliteit van de standaarden die tot nu toe werden gepubliceerd, vind ik nog te wisselend. Wil het standaardenbeleid, waar ik me zeer in kan vinden, succes hebben, dan zal kwaliteit ervan constant en van hoog gehalte moeten zijn.

J.H.M. Dunk

¹ Bakker JF, De Jongh L, Jonquièrre M, et al. Schouderklachten [Standaard]. Huisarts Wet 1990; 33: 196-202.

Naschrift

De reactie van Dunk getuigt van een wetenschappelijke attitude, die ik volmondig onderschrijf. Ook zijn opmerking over de te stellen eisen aan NHG-standaarden onderschrijf ik van harte. Voor de eisen die het Genootschap aan de NHG-standaarden stelt, moge ik verwijzen naar mijn bijdrage in de NHG-rubriek van dit nummer. Daarin staat ook beschreven hoe getracht wordt de kwaliteit te waarborgen. Cruciaal daarbij is de vaststelling dat over heel wat onderdelen van het huisartsgeneeskundig handelen onvoldoende wetenschappelijk feitenmateriaal bekend is. Dat geldt ook ten aanzien van de therapie bij schouderklachten. In de verschillende toetsingsstadia is geconcludeerd dat de door Dunk geciteerde zin door de betreffende werkgroep voldoende is onderbouwd in de wetenschappelijke verantwoording (die te bestellen is op het NHG-bureau).

Pseudo-wetenschappelijk? Nee. Dat zou het geval zijn wanneer de therapietijlijnen gebaseerd waren op wat soms in tijdschriften, boeken en op congressen zonder deugdelijke onderbouwing wordt beweerd. Blamage? Nee, een zakelijke vaststelling van wat goed en minder goed in de huisartsgeneeskunde is onderbouwd. Standaarden van wisselende kwaliteit? Daar valt over te twisten. Vast staat wel dat zij verschillen in de

mate waarin zij gebaseerd (kunnen) zijn op onderzoeksgegevens.

Kunnen we de fysiotherapeut nog recht in de ogen kijken? Zeker, doch bescheidenheid is beide partijen gepast in het disput over de therapie bij schouderklachten.

G. Rutten,
Hoofd afdeling Standaardenontwikkeling

Kankerregistratie

De rubriek 'Epidemiologische notities' bevat een besprekking van een onderzoek dat in het kader van de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland is gehouden.¹ De conclusie van dit onderzoek luidde dat een landelijke kankerregistratie die alleen is gebaseerd op gegevens van de pathologisch-anatomisch laboratoria, niet afdoende is. In de inleiding van het oorspronkelijke onderzoeksrapport werd bij deze conclusie echter de kanttekening geplaatst dat de ontwikkelingen een deel van de opzet van het onderzoek hadden achterhaald. Om een sluitende registratie te krijgen, wordt thans bij de signalering voor de landelijke kankerregistratie ook gebruik gemaakt van gegevens uit de landelijke Medische Registratie (LMR).

Wanneer daarnaast de huisarts als aanvullende registratiebron zou dienen, zou dit een kwantitatieve toename van 0,9 tot 1,8 procent betekenen.² Deze percentages worden bevestigd door nader onderzoek van twee Integrale Kankercentra (IKW en IKMN). Ten aanzien van de vraag of hierdoor vertrekken van de incidentie van bepaalde typen tumoren zal optreden, vermeldt het IKMN-rapport dat dit wellicht geldt bij oudere patiënten met tumoren in het spijsverteringssysteem.

Naar aanleiding van beide rapporten is het LOK tot de conclusie gekomen dat registratie bij huisartsen te weinig rendement oplevert, terwijl voor de verpleeghuizen een beroep zal worden gedaan op gegevens uit het SIVIS-bestand. Aan huisartsen zal overigens door de IKC's wel de mogelijkheid worden geboden om registratieformulieren in te zenden; deze formulieren worden dan door de IKC's bij hun case-finding betrokken. Verder blijft het LOK streven naar verkrijging van doodsoorzaakengegevens.

G.A. de Winter,
Coördinator Landelijk Overlegorgaan
Kankercentra

¹ Anoniem. Kankerregistratie [Epidemiologische notities]. Huisarts Wet 1990; 33: 124.

² Vecht-Hart CM, Van Noord PAH. Kankerregistratie gepeild. Utrecht: Nivel, 1989.

Vision screening at 8 and 18 months Johnson A, Stayte M, Wortham C. Br Med J 1989; 299: 545-9.

Hoe effectief zijn de tegenwoordig gebruikte screeningstests voor het opsporen van strabisme en visusstoornissen bij kinderen met een verhoogd risico op deze afwijkingen? Om dit te onderzoeken werden alle in 1984 in het Oxfordshire Health District geboren kinderen opgespoord. Een verhoogd risico werd gedefinieerd als een geboortegewicht ≤ 2000 g of een geboortegewicht ≥ 2000 g in combinatie met een verblijf van meer dan 24 uur op een afdeling voor neonatologie. De screeningstests bestonden uit observatie van de ogen en oogbewegingen, het beoordelen van de lichtreflex en de afdektest. Indien bij een kind op de leeftijd van 2 jaar een oog- of visusafwijking werd vastgesteld, werd het beschouwd als ziektegeval.

In totaal werden 433 kinderen met een verhoogd risico gevonden en 6254 kinderen met een laag risico. De tests bleken een lage sensitiviteit en een lage positieve voorspellende waarde te hebben. Bovendien bleek dat 85 procent van de op 2-jarige leeftijd herkende ziektegevallen afkomstig was uit de groep met een laag risico. Vrijwel alle kinderen met een positieve testuitslag bleken eigenlijk in één oogopslag herkend te zijn als afwijkend.

D.W. Thijssen

Should fertile people have access to in vitro fertilisation? Dawson K, Singer P. Br Med J 1990; 300: 167-70.

In wetsontwerpen in Engeland en Australië wordt voorgesteld om het gebruik van in vitro fertilisatie te beperken tot de behandeling van onvruchtbare echtparen. Sommige technieken die zijn ontwikkeld voor de behandeling van infertiliteit, kunnen echter ook voor vruchtbare echtparen van belang zijn: de mogelijkheid om embryo's in te vriezen en te bewaren, de embryobiopsie en het surrogaat-moederschap. De schrijvers beschouwen de mogelijkheden die deze technieken aan fertiele echtparen zouden kunnen bieden.

Het invriezen van embryo's van vruchtbare echtparen zou om medische redenen kunnen plaatsvinden, bijvoorbeeld bij vrouwen met kinderwens die intensieve radiotherapie moeten ondergaan. Om het risico van congenitale afwijkingen bij een toekomstig kind ten gevolge van bestraling van de ovaria te vermijden, zouden voor de behandeling een aantal eicellen van de vrouw kunnen worden bevrucht met sperma van haar partner om de aldus ontstane embryo's te laten invriezen voor latere implantatie.

Voor gezonde vrouwen die in de leeftijdpe-