

Dreigende miskraam in de eerste lijn

Het artikel 'Dreigende miskraam in de eerste lijn - diagnostische waarde van anamnese en lichamelijk onderzoek' (H&W 2003;46:247) gaat uit van enkele vooronderstellingen die in strijd zijn met de NHG-Standaard Miskraam (H&W 1997;40:661) en die kunnen leiden tot onnodige medicalisering.

Dat vaginaal bloedverlies in het eerste trimester bijna altijd leidt tot een bezoek aan de huisarts of gynaecoloog, is niet waar. Veel zwangerschappen eindigen al in een zeer vroeg stadium en hebben dan het karakter van een forse uitgestelde menstruatie. Noot 2 van de standaard vermeldt bij toepassing van tests die een zwangerschap kunnen aantonen al kort na de conceptie en voordat de menstruatie is uitgebleven, een percentage miskramen van 30-40%. In de praktijk zien wij regelmatig zwangeren die en passant meedelen een tijdje geleden thuis een miskraam te hebben gehad zonder daar medische hulp voor te hebben ingeroepen.

Voorts wordt in het artikel niet gemeld dat veel – met name verloskundig actieve – huisartsen over een doptone beschikken, waarmee vanaf een amenorroeduur van ongeveer tien weken op eenvoudige wijze harttonen en daarmee een vitale zwangerschap kunnen worden aangetoond. Echoscopie kan dan achterwege blijven.

Het streven naar zekerheid over de prognose van de zwangerschap leidt tot een sterke voorkeur bij veel vrouwen voor curettage bij afwezigheid van een vitale zwangerschap, terwijl de standaard stelt dat er nauwelijks medische bezwaren zijn tegen afwachten.

De aanschaf van een doptone lijkt wellicht een hele investering, maar het CTG heeft een behoorlijk hoog tarief vastgesteld voor de begeleiding in de eerste lijn van een miskraam na de tiende week. Samen met de vrouw naar de harttonen luisteren kan soms veel ongerustheid wegnemen. Ik ben het volstrekt oneens met de conclusie van de auteurs dat de huisarts bij bloedverlies in het eerste tri-

mester niet in staat is zorg te leveren op een – overigens niet nader gedefinieerd – 'klinisch acceptabel niveau'.

Gerard Molleman

Antwoord

Wij zijn in ons onderzoek uitgegaan van een door de vrouw als zodanig herkende zwangerschap. In de klinisch vastgestelde zwangerschap is bloedverlies de meest voorkomende klacht, die terecht ongerustheid teweegbrengt: in de helft van de gevallen is bloedverlies het eerste teken van een miskraam.

Wanneer zwangerschappen worden meegerekend die zeer vroeg tot een einde komen, vaak al voordat de menstruatie is uitgebleven, zou het aantal miskramen veel hoger zijn dan wij nu aangeven.

Naast de echoscopie biedt inderdaad ook de doptone de mogelijkheid om de vitaliteit van de zwangerschap na te gaan. Het aantreffen van foetale hartactie duidt op een intacte zwangerschap. Als echter geen harttonen worden gehoord zal, indien een diagnose gewenst is, een echoscopie dienen te worden verricht. Met een doptone kunnen namelijk pas vanaf elf à twaalf weken foetale harttonen worden vastgesteld.

In de conclusie heeft het klinisch acceptabel niveau niet te maken met de zorg die de huisarts verleent, maar met de achterafkansen op het stellen van de juiste diagnose op grond van statistische modellen die gebaseerd zijn op klachten en symptomen bij vrouwen met bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap.

Margreet Wieringa-de Waard

Cochrane of Kwakrane

Van Weert windt zich in een commentaar nogal op over het verschijnen van een Cochrane-review over chelatietherapie (Huisarts Wet 2003;46:242). Hij spreekt van een mislukte meta-analyse, vindt de aanleiding tot het uitvoeren ervan onzinnig en kan zich niet helemaal vinden in de conclusie dat meer onderzoek gewenst is. De reviewers hebben volgens de regels

van de kunst een systematische review uitgevoerd. Dat de meta-analyse door gebrek aan gegevens wat magertjes is uitgevallen, kun je de reviewers of de Cochrane Collaboration niet aanrekenen.

De Cochrane Collaboration wil mensen helpen bij het nemen van onderbouwde beslissingen over interventies in de gezondheidszorg. De reviews zijn er dus niet alleen voor huisartsen die de reguliere geneeskunde bedrijven, maar ook voor anderen, zoals gebruikers van de gezondheidszorg. Patiënten nemen nogal eens hun toevlucht tot alternatieve geneeswijzen, vooral als de reguliere geneeskunde hen geen oplossing kan bieden. Voor hen kan het dus bijzonder belangrijk zijn om te weten of er bewijs is voor de (on)werkzaamheid van een bepaalde alternatieve behandeling en zo ja, hoe sterk dat bewijs dan is.

De reviewers van de chelatiereview concluderen dat op dit moment de werkzaamheid of onwerkzaamheid van chelatietherapie onvoldoende duidelijk is. Wil je meer zekerheid verkrijgen, dan is dus meer onderzoek nodig. Of dat onderzoek er ook moet komen, is een kwestie van prioriteiten stellen bij het besteden van onderzoeksgelden. Dan zullen ook overwegingen meespelen als plausibiliteit van het werkingsmechanisme, mogelijke neveneffecten en ethische aspecten. Dat is echter geen zaak voor de Cochrane Collaboration of de reviewers.

Huisartsen zijn, vaak terecht, terughoudend met het toepassen van nieuwe behandelingen, met name als de werkzaamheid daarvan nog niet is aangetoond. Ik denk dat Van Weert met de conclusie van de review en zijn nuchtere instelling zijn patiënten er uitstekend van kan weerhouden deze behandeling te ondergaan. Als zijn patiënt desondanks als laatste strohalm toch chelatietherapie wil, dan heeft hij deze beslissing in ieder geval weloverwogen genomen.

*dr. R.J.P.M. Scholten,
directeur Dutch Cochrane Centre*

Antwoord

Enige twijfel over de kwaliteit van de review is toch wel op zijn plaats, aange-