

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/23237>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-07 and may be subject to change.

praktijk pil en spiraaltje eenzelfde faalkans hebben, dat wil zeggen even vaak tot een abortus provocatus leiden. Dat het LNG- ('hormoon'-)spiraaltje nog beter zou kunnen scoren, vermeldde ik reeds; maar men moet rekening houden met relatief veel uitvallers (die dan vaak minder veilige methoden gaan gebruiken), zoals blijkt uit de relatief lage voortzettingsgraad.

De door Janssen aangehaalde literatuur was mij bekend, maar ik concludeerde daaruit dat er wel degelijk algemene hormonale invloed is, blijkend uit onder andere anovulaties (ruim 50%) en gestoorde follikelrijping.¹

Bij amenorroe, of die nu lokaal-hormonaal of door algemene werking wordt veroorzaakt, blijken veel vrouwen onzeker te worden. Ook met goede voorlichting kan die onzekerheid niet altijd worden weggenomen, bijvoorbeeld bij allochtonen, zoals wij weten van onder meer de prikpil. Naast de twee door Janssen genoemde nadelen van het LNG-IUD (dikke inbrenghuls, nog niet door ziekenfonds vergoed), is er ook nog de wat gecompliceerde techniek van in-fundo-plaatsing van het Nova-T-model en het feit dat dit model beduidend breder is (32 mm) dan het cavum uteri (25-26 mm). Door deze slechte pasvorm kunnen klachten ontstaan.²

Niettemin kan ik instemmen met de verwachting dat voor veel vrouwen dit LNG-IUD een welkome aanvulling van het anticonceptiearsenaal is, dat, mits op de juiste indicatie toegepast, door de verzekering behoort te worden vergoed.

LITERATUUR

¹ Xiao BL, Zhou LY, Zhang XL, Jia MC, Luukkainen T, Allonen H. Pharmacokinetic and pharmacodynamic studies of levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Contraception* 1990;41:353-62.

² Boissevain W. IUD's, een herwaardering. In: *Bijblijven*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992:10.

W. BOISSEVAIN

Dieren, september 1996

Neuro-otologische complicaties van middenoorontstekingen; het belang van vroegtijdige herkenning

In het artikel van collega Albers lezen wij dat de incidentie van en de morbiditeit door neuro-otologische complicaties van middenoorontstekingen spectaculair zijn afgenomen na de introductie van antibiotica (1996;1726-9). Op zich is deze bewering juist, maar het is nog maar de vraag of antibiotica voor deze verlaging van incidentie hebben gezorgd. Verbetering van de algemene gezondheidstoestand en van de leefomgeving en de variatie in de pathogeniteit en de epidemiologie van de veroorzakende bacteriën zijn waarschijnlijk van meer belang geweest.

De standaard 'Otitis media acuta' van het Nederlands Huisartsen Genootschap, die in mei 1990 is gepubliceerd en de consensus van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing uit november 1990 adviseren, onzes inziens terecht, een terughoudend antibioticumbeleid.¹ Bij kinderen ouder dan 2 jaar met otitis media acuta dienen alleen antibiotica gegeven te worden wanneer na 3 dagen nog steeds koorts en (of) oorpijn bestaan.

Wij missen in het artikel van Albers gegevens over de beginbehandeling bij die gevallen waarbij neuro-otologische complicaties zijn opgetreden. Was er wel of niet volgens deze richtlijn behandeld en welke micro-organismen zijn geïsoleerd? Deze gegevens zijn belangrijk ter verdere validering van het vigerende beleid bij de behandeling van otitis media acuta.

LITERATUUR

¹ Appelman CLM, Bossen PC, Dunk JHM, Lisdonk EH van de, Melker RA de, Weert HCPM van. NHG-standaard Otitis media acuta. *Huisarts Wet* 1990;33:242-5.

² Hordijk GJ. Consensus over therapie bij otitis media acuta. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992;136:85-8.

F.L.VAN BUCHEM

M.F. PEETERS

Tilburg, augustus 1996

De spectaculaire afname van de morbiditeit en de sterfte van neuro-otologische complicaties van middenoorontstekingen in een relatief korte periode na de introductie van antibiotica kan in hoofdzaak beschouwd worden als een direct effect van de antibiotica. Daarnaast is het evident dat additionele factoren zoals de algemene gezondheid, omgevingsomstandigheden, epidemiologische aspecten en verbeterde microchirurgische technieken eveneens van invloed kunnen zijn op het ontstaan en het beloop van deze ziekte.

De initiële behandelingsvormen van de middenoorontstekingen in de onderzochte groep waren grotendeels in overeenstemming met de richtlijnen zoals weergegeven in de consensusstekst. De geïsoleerde micro-organismen vertoonden het spectrum dat gewoonlijk wordt aangetroffen bij acute of chronische middenoorontstekingen. Overigens rechtvaardigt het beperkte patiëntenaantal geenszins validering van het vigerende beleid ten aanzien van de behandeling van acute middenoorontstekingen. Het artikel vormt eerder een pleidooi voor het gebruik van klinisch inzicht naast de toepassing van protocolaire geneeskunde.

F.W.J. ALBERS

Groningen, september 1996

Toekomstperspectieven voor kinderen met spina bifida aperta

De collegae Staal-Schreinemachers et al. schilderen op indringende, maar sombere wijze de prognose van maximaal behandelde kinderen geboren met spina bifida (1996;1268-72). Zij concluderen dat hun bevindingen niet essentieel verschillen met die in de internationale literatuur. Hun cijfers zijn belangrijk in het oordeel over de Nederlandse situatie.

In de inleiding wordt op grond van enkele referenties gesteld dat de verwachting aangaande verstandelijke vermogens somberder is indien er behalve de cele ook hydrocefalie bestaat. Helaas melden de auteurs niet dat dit verband vooral bepaald wordt door complicaties van de behandeling (draincomplicaties) en niet door de hydrocefalus zelf.¹ Eerder stelden wij in dit tijdschrift,² en in de discussie die daarop volgde (1996;799-803) dat dit relevant is in de beeldvorming van 'hydrocefalus'.

Omdat het artikel van Staal-Schreinemachers et al. over de prognose gaat, is de samenstelling van de patiëntenpopulatie belangrijk. Helaas ontbreken in het retrospectieve Groningse onderzoek de gegevens over de sterfte en over het aantal kinderen dat niet 'maximaal' is behandeld. Indirect kan uit de gegevens worden opgemaakt dat er in de oudste leeftijdsgroep jaarlijks 9-10 kinderen maximaal behandeld werden, in de middengroep ongeveer 6 en in de jongste groep ongeveer 5 kinderen. Opvallend zijn de verschillende percentages 'hoog uitvalsniveau' binnen de 3 leeftijdsgroepen (bij de oudste groep 58%, tegenover 32 en 30% bij de jongere groepen). Verandert de incidentie of is er selectie?

De slotsom in de beschouwing is meer een opvatting dan een conclusie: 'De ernst van de lichamelijke handicap en de daaruit voortvloeiende complicaties bij degenen met een "hoog" uitvalsniveau zijn van dien aard dat, mits dit overeenstemt met de wens van de ouders, het nog steeds gerechtvaardigd lijkt om na de geboorte niet altijd tot behandeling over te gaan.' Hoe verhoudt zich deze conclusie tot de gepresenteerde gegevens?

Ned Tijdschr Geneesk 1996 5 oktober;140(40)

2009

Kijkt men naar de ernstigste groep patiënten, dan blijkt 100% rolstoelgebonden, maar in de oudste groep bereikt 40% zelfstandigheid voor activiteiten van het dagelijks leven (ADL) en van de ernstigste groep patiënten volgt 64% regulier basisonderwijs en 25% regulier vervolgonderwijs. Een kwart van de oudste groep functioneert maatschappelijk zelfstandig.

Zijn dit gegevens waarmee medische terughoudendheid in behandeling bij 'hoge spina bifida' te rechtvaardigen is? Hoewel niet voorbijgegaan mag worden aan de complexe problematiek, worden de negatieve factoren in het betoog van de auteurs sterk geaccentueerd. Rolstoelgebondenheid bij een 'hoge' uitval is te verwachten en schept grote afhankelijkheid. De beschreven ADL-afhankelijkheid, het scholingsniveau en de sociale prognose rechtvaardigen onzes inziens niet de terughoudendheid in behandeling van vitale kinderen; bovendien kan niet-behandelen in het nadeel van de kinderen werken.

LITERATUUR

- 1 Mapstone T, Rekate H, Nulsen F, Dixon M, Glaser N, Jaffe M. Relationship of CSF shunting and IQ in children with meningomyelocele: a retrospective analysis. *Childs Brain* 1995;11:112-8.
- 2 Rotteveel JJ, Mullaart RA, Gabreëls FJM, Overbeeke JJ van. Actieve levensbeëindiging bij pasgeborenen met spina bifida? *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:323-4.

J.J. ROTTEVEEL
R.A. MULLAART
F.J.M. GABREËLS
J.J. VAN OVERBEEKE

Nijmegen, juli 1996

Wij zijn het geheel met collega Rotteveel et al. eens dat bij het opzetten van ons onderzoek de patiëntenpopulatie van groot belang is. Deze patiëntenpopulatie wordt echter bepaald door de vraagstelling. Sterftecijfers en gegevens over niet 'maximaal' behandelde kinderen dragen op geen enkele wijze bij tot het krijgen van een antwoord op onze vraagstelling. Ook hebben wij niet de intentie gehad om door dit artikel bij te dragen aan

de 'beeldvorming' van hydrocefalie. De realiteit is dat de meeste kinderen geboren met een myelomeningocele tevens een hydrocefalie hebben en dat dit een rol speelt bij de verstandelijke ontwikkeling. Draincomplicaties, los van de vraag of die wel de enige oorzaak vormen voor de frequent optredende verstandelijke handicap bij kinderen met een myelomeningocele en hydrocefalie, treden nu eenmaal bij patiënten met hydrocefalie en een drain op.

Wij hebben de indruk dat de reactie van Rotteveel et al. vooral ingegeven wordt door onze slotzin, waarin wij pleiten voor een terughoudend beleid ten aanzien van therapeutisch handelen bij kinderen met een myelomeningocele en een hoog neurologisch uitvalsniveau en hydrocefalie. De ernst van de handicap zoals die door ons gepresenteerd werd, rechtvaardigt volgens hen geen terughoudend beleid ten aanzien van behandeling. Om dit te illustreren lichten zij onze resultaten uit hun context en benadrukken alleen de 'positieve factoren'. Hoe positief zijn deze factoren? Van de kinderen die ten tijde van het verzamelen van de gegevens het basisonderwijs volgden, 64%, zal een aanmerkelijk lager aantal deze periode ook met succes afsluiten, zoals in ons artikel vermeld wordt. Zijn deze kinderen en de kinderen die het reguliere vervolgonderwijs volgen, ondanks hun schoolprestaties, niet ook zwaar lichamelijk gehandicapt? Geldt dit tenslotte niet evenzeer voor de volwassenen (geen kwart, maar 20% (9/46) woont zelfstandig) die maatschappelijk zelfstandig kunnen functioneren?

Wij blijven van mening dat ondanks de maatschappelijke zelfstandigheid die een klein deel van de patiënten met een 'hoog' uitvalsniveau en hydrocefalie kan bereiken, de lichamelijke handicap dermate ernstig is en het toekomstperspectief zo somber, dat mits dit overeenstemt met de overtuiging van de ouders, terughoudendheid ten aanzien van actief therapeutisch handelen, gerechtvaardigd is.

A.L. STAAL-SCHREINEMACHERS Groningen, september 1996
J.M.E. VOS-NIËL
J.H. BEGEER

Mededelingen en bekendmakingen

Mededeling van het College ter beoordeling van geneesmiddelen

Wijziging productinformatie ibopamine (Inopamil)-tabletten

Op 4 september 1996 is de productinformatie van Inopamil-tabletten gewijzigd. Die was reeds gewijzigd op 31 augustus 1995 n.a.v. de interimresultaten van de PRIME II-studie. Nu zijn na beoordeling van de definitieve resultaten in deel 1B en de bijsluiter van Inopamil-tabletten enige rubrieken aangepast. Dit betreft de therapeutische indicaties, contra-indicaties en speciale waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik. Deze rubrieken zijn als volgt vastgesteld c.q. gewijzigd:

Therapeutische indicaties. Behandeling van milde decompensatio cordis (NYHA-klasse II) in combinatie met diuretica bij patiënten bij wie ACE-remmers gecontraïndiceerd zijn of niet verdragen worden. NYHA II-patiënten zijn patiënten met symptomen zoals vermoeidheid en (of) kortademigheid tijdens normale dagelijkse activiteiten.

Contra-indicaties. Ibopamine is gecontraïndiceerd bij ernstige vormen van decompensatio cordis. Ibopamine dient derhalve niet te worden toegepast bij patiënten die symptomen vertonen zoals vermoeidheid en (of) kortademigheid tijdens

minimale lichamelijke inspanning en in rust. Ibopamine is tevens gecontraïndiceerd bij patiënten die behandeld worden met amiodaron en bij: overgevoeligheid voor epinine; acuut pulmonair oedeem (c.q. longstuwing. Na toediening van ibopamine is een voorbijgaande verhoging van de longcapillaire wiggedruk incidenteel waargenomen (15-60 min)); instabiele angina pectoris; recent myocardinfarct; ernstige hypertensie; feochromocytoom.

Speciale waarschuwingen en bijzondere voorzorgen bij gebruik. De passages betreffende het klinisch onderzoek zijn als volgt geformuleerd: Tijdens een onderzoek bij patiënten met matige en ernstige vormen van decompensatio cordis (met standaardtherapie bestaande uit diuretica, ACE-remmers en (of) digoxine) werd na een gemiddelde follow-up van 13 maanden een toename in sterfte gezien bij de met ibopamine behandelde patiënten in vergelijking met de placebogroep. De toegenomen sterfte trad voornamelijk op bij patiënten met ernstig hartfalen. Verder was de toename in mortaliteit hoger bij patiënten die ibopamine en amiodaron gebruikten, derhalve wordt het gebruik van ibopamine in deze patiëntengroep afgeraden. Het grootste waargenomen verschil in mortaliteit tussen de behandelde groepen werd gevonden in de subgroep die digoxine en amiodaron gebruikten.