

- ²² Cometta A, Calandra T, Gaya H, Zinner SH, Bock R de, Del Favero A, et al. Monotherapy with meropenem versus combination therapy with ceftazidime plus amikacin as empiric therapy for fever in granulocytopenic patients with cancer. The International Antimicrobial Therapy Cooperative Group of the European Organization for Research and Treatment of Cancer and the Gruppo Italiano Malattie Ematologiche Maligne dell'Adulto Infection Program. *Antimicrob Agents Chemother* 1996;40:1108-15.
- ²³ Hess U, Bohme C, Rey K, Senn HJ. Monotherapy with piperacillin/tazobactam versus combination therapy with ceftazidime plus amikacin as an empiric therapy for fever in neutropenic cancer patients. *Support Care Cancer* 1998;6:402-9.

- ²⁴ Pauw BE de, Donnelly JP. Controversies in the antibacterial treatment of patients with neutropenia. *Cancer Invest* 1997;15:37-46.
- ²⁵ EORTC & National Cancer Institute of Canada. Vancomycin added to empirical combination antibiotic therapy for fever in granulocytopenic cancer patients. *J Infect Dis* 1991;163:951-8.
- ²⁶ Ramphal R, Bolger M, Oblon DJ, Sherertz RJ, Malone JD, Rand KH, et al. Vancomycin is not an essential component of the initial empiric treatment regimen for febrile neutropenic patients receiving ceftazidime: a randomized prospective study. *Antimicrob Agents Chemother* 1992;36:1062-7.

Aanvaard op 4 november 1998

Voor de praktijk

Fysische diagnostiek – lumbosacrale radiculare prikkelingsverschijnselen

h.j.g.h.oosterhuis

Onder radiculare prikkelingsverschijnselen verstaat men de pijnlijke sensaties als gevolg van druk op of rek van een ontstoken en oedemateuze ruggenmergswortel. Ze kunnen spontaan optreden, geprovoceerd worden door bepaalde houdingen en bewegingen en bij de lumbosacrale wortels ook door intra-abdominale drukverhoging. De pijnlijke sensaties zijn gelokaliseerd in het sensibele verzorgingsgebied van de wortel (stralen daarin uit), zijn dof-prikkelend van aard, vaak onderbroken door hevige pijscheuten. De vitale sensibiliteit (pijnen temperatuurgevoel) in het innervatiegebied kan gestoord zijn. De pijn wordt mogelijk veroorzaakt door een antidrome activering van nociceptoren in het perifere deel van de aangedane wortel (Nn. nervorum). Hiermee in overeenstemming is dat de pijn bij lumbosacrale radiculare prikkelingsverschijnselen kon worden opgeheven door een blokkade van de N. ischiadicus.¹

Proeven van Lasègue. De klinische tests die voor het aantonen van wortelprikkeling in het lumbosacrale gebied bekendheid hebben gekregen en toepasbaar zijn gebleken, berusten op het passief rekken van de aangedane wortels en zijn vooral van belang bij de diagnostiek van hernia nuclei pulposi (HNP). Het gaat hier om de proef van Lasègue, in de Engelse literatuur vaak de 'straight leg raising test' genoemd (heffen van het in de knie gestrekte been geeft pijn aan de achterkant van het been tot voorbij de knieholte), de omgekeerde proef van Lasègue (buigen van de knie zonder beweging in de heup geeft pijn aan de voorkant van het bovenbeen) en de gekruiste proef van Lasègue (gestrekt tillen van het niet-pijnlijke been veroorzaakt uitstralende pijn in het ischiasbeen).

samenvatting

- De proef van Lasègue is een klinische test voor lumbosacrale radiculare prikkelingsverschijnselen.
- Gepubliceerde onderzoeksresultaten geven een hoge sensitiviteit (0,80-0,97) voor een laaglumbale hernia nuclei pulposi, maar een geringe specificiteit (circa 0,4), omdat deze test ook een positieve uitslag heeft bij ischias door andere oorzaken.
- Een positieve uitslag van de gekruiste proef van Lasègue heeft een hoge specificiteit ($\geq 0,90$) voor het bestaan van een (geruptureerde) discusprolaps.
- Over de omgekeerde Lasègue-proef en de verergering van de pijn door intra-abdominale drukverhoging is geen of weinig literatuur te vinden.
- De reproduceerbaarheid van de proef van Lasègue is redelijk goed (κ circa 0,55).

Sinds de beschrijving van de proef van Lasègue in 1881 door Lasègues leerling Forst wordt deze test in de leerboeken doorgaans genoemd, maar zelden in detail beschreven.² De gekruiste proef van Lasègue³ en de omgekeerde proef van Lasègue worden in minder dan de helft van de mij ter beschikking staande 34 neurologische leerboeken na 1970 vermeld. In het volgende literatuuronderzoek heb ik een poging gedaan de klinische betekenis van de genoemde tests te evalueren.

literatuurbevindingen

De proef van Lasègue. Een overzicht van de belangrijkste onderzoeken is weergegeven in tabel 1. De grenswaarde van de hoek waarbij de Lasègue-test een positieve uitslag heeft, wordt doorgaans aangegeven bij 60-70°; een aantal auteurs vermeldt deze waarde niet. De sensitiviteit van de test bij geverifieerde lumbale HNP's varieert van 78-98%, waarbij een hogere correlatie wordt gevonden naarmate de hoek kleiner is. Uit het onderzoek van de orthooped Spangfort blijkt voorts dat de sensitiviteit met de leeftijd afneemt, zodat deze bijvoorbeeld in de leeftijdsgroep van 15-39 jaar 0,98 en in

Academisch Ziekenhuis, afd. Neurologie, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.
Prof.dr.H.J.G.H.Oosterhuis, neuroloog.

TABEL 1. Sensitiviteit en specificiteit van de proef van Lasègue voor de diagnose 'hernia nuclei pulposi' bij patiënten met ischias

Ie auteur	aantal patiënten	proef van Lasègue			voorspellende waarde	
		grens-waarde	sensitiviteit	specificiteit	VW+	VW-
Charnley ⁴	88	< 40°	0,78	0,64	0,92	0,36
Spangfort ⁵	2 504	.	0,96	0,15	0,88	0,32
Hakelius ^{6*}	707	< 30°	0,92	0,92	0,87	0,45
		30-60°	0,86	0,86		
		60-90°	0,76	0,76		
Kortelainen ⁷	403	pos	0,94	-	0,87	0,17
		< 30°	0,27	-		
Kosteljanetz ⁸	52	< 70°	0,89	0,14	0,87	0,17
Keri ⁹	136	pos	0,98	0,45†	0,83	0,89
Jönsson ¹⁰	100	pos	0,88	0,57‡	0,66	0,93
		< 30°	0,43	0,94	0,78	0,77

VW+ = voorspellende waarde van een positieve testuitslag; VW- = voorspellende waarde van een negatieve testuitslag; pos = positief.

*Van de patiënten werden 214 weggelaten (de getallen werden daarvoor gecorrigeerd) met 'andere aandoeningen' (zoals dik ligamentum flavum, varicosis van de plexus, adhesies, osteofyten); van die patiënten had 12% een positieve uitslag van de Lasègue-proef.

†Er waren 100 patiënten met laterale en 100 met centrale spinale stenose.

‡Er waren 36 controlepersonen die bij onderzoek (onder meer MRI) geen hernia nuclei pulposi hadden en die geen operatie ondergingen.

die van 60-69 jaar 0,85 was.⁵ Opvallend was dat in dit onderzoek een positieve Lasègue-uitslag ook werd gevonden bij 73% van de patiënten met hoge lumbale hernia's (Li-Liv). In een ander onderzoek bij 141 patiënten met deze lokalisatie wordt in 50% van de gevallen een positieve Lasègue-uitslag vermeld.¹¹

De specificiteit van de test was zeer verschillend. Aangetekend moet worden dat het hierbij soms patiënten betrof bij wie tijdens exploratie geen HNP kon worden aangetoond,^{4,6,8} dan wel patiënten bij wie een HNP vermoed werd, maar die andere pathologische afwijkingen hadden,¹⁰ of bij wie de bevindingen bij beeldvormend onderzoek negatief waren.⁹

Gekruiste Lasègue-proef. Een positieve uitslag van de gekruiste proef van Lasègue, die doorgaans wordt gevonden wanneer het niet-pijnlijke been hoger wordt geheven dan de Lasègue-uitslag aan het pijnlijke been aangeeft, wordt bij geverifieerde HNP's gevonden bij 16-43% van de patiënten (gemiddeld 22%),^{5,6,8-10,12-14} en bij 3-12% van de patiënten met negatieve bevindingen bij exploratie,^{5,9,12-14} of bij patiënten met andere pathologische afwijkingen.^{6,10} Wieser et al. vermelden bovendien dat bij 3 van de 283 HNP-patiënten de uitslag van de gekruiste Lasègue-proef het enige radiculare symptoom was.¹³ De sensitiviteit van deze test is dus relatief laag, maar de specificiteit en daarmee de voorspellende waarde van een positieve uitslag hoog. Bij ongeveer de helft van de patiënten ging het om grote, geruptureerde, paramediaan gelegen HNP's.

Omgekeerde Lasègue-proef. Literatuur over de sensitiviteit en de specificiteit van deze test ontbreekt vrijwel. Bij een retrospectief onderzoek bij 141 patiënten met een HNP op niveau Li-Liv was de omgekeerde Lasègue-

proef bij slechts 21 patiënten onderzocht en deze had bij 13 een positieve uitslag.¹¹ Dit symptoom kan verwacht worden bij een prikkeling van de wortels L3 en L4, bij een lokalisatie van de discusprolaps bij Lii-Liii en Liii-Liv. Deze lokalisatie is zeldzaam (5-10%), hetgeen het ontbreken van een systematisch onderzoek van deze test bij HNP verklaart. Bij het buigen van het been in de knie treedt soms uitstralende pijn op aan de achterkant (en niet aan de voorkant) van het been bij patiënten met een sterk positieve Lasègue-uitslag. Dit verschijnsel was uitsluitend aanwezig bij een operatief geverifieerde HNP op niveau Liv-Lv. De verklaring is dat bij het buigen van het been in de knie niet alleen de wortel van Liv, maar ook die van Lv werd verplaatst.¹⁵

Pijn bij abdominale drukverhoging. Dit symptoom, dat in de orthopedische literatuur vrijwel ontbreekt, wordt merkwaardigerwijs in slechts 9 van de 34 geraadpleegde boeken na 1970 vermeld. Systematisch onderzoek is zeldzaam: pijn opgewekt bij hoesten wordt vermeld bij 74%⁷ en 68%¹⁰ van de patiënten met een operatief geverifieerde HNP, maar bij dit laatste onderzoek was dit symptoom ook aanwezig bij 51% van de patiënten met een laterale en bij 25% met een centrale kanaalstenose. Behalve door hoesten, niezen en persen kan de pijn ook beiderzijds verergeren door beiderzijdse druk op de V. jugularis (proef van Queckenstedt) bij de staande patiënt. Ook over deze proef kon ik geen literatuurgegevens vinden met betrekking tot radiculare prikkeling.

betrouwbaarheid en reproduceerbaarheid van radiculare prikkelingstests

De reproduceerbaarheid (overeenstemming tussen waarnemers) van de test van Lasègue is redelijk goed. Sommigen vonden 77% (κ : 0,56) voor een grenswaarde van 75°,¹⁶ anderen vonden een overeenstemming van 90% voor de Lasègue-uitslag zelf,¹⁷ maar slechts 66% voor de andere fysische verschijnselen bij 23 patiënten met lage rugpijn en/of ischias. Bij een onderzoek waarbij paarsgewijs 2 ervaren en 1 niet-ervaren onderzoeker met behulp van een goniometer de hoek maten waarbij uitstralende pijn optrad,⁸ bleken aanzienlijke verschillen op te treden, met een exacte overeenstemming van slechts 20-25% (tot op 10° nauwkeurig) en $\geq 30^\circ$ verschil bij 3-12% van de meetreeksen. Bij 6 van de 55 patiënten werd door één van de onderzoekers een negatieve Lasègue-uitslag gevonden (grenswaarde 70°), terwijl de andere $\leq 60^\circ$ noteerde. Anderen onderzochten de reproduceerbaarheid van 59 symptomen bij 2 groepen patiënten met lage rugklachten.¹⁸ In de eerste groep van 50 patiënten werd iedere patiënt door 2 orthopedische chirurgen onderzocht, in de tweede van 33 door een orthopedisch chirurg en een fysiotherapeut. Voor de Lasègue-proef bestond in beide groepen een goede kwantitatieve overeenstemming (correlatiecoëfficiënt (Pearson) respectievelijk 0,7 en 0,8); over de uitslag van de gekruiste Lasègue-proef bestond in de eerste groep goede overeenstemming (κ : 0,74), maar in de tweede niet (κ : 0,02). Het symptoom van de omgekeerde Lasègue-proef daarentegen was in de eerste groep min-

der goed reproduceerbaar dan in de tweede (κ respectievelijk 0,32 en 0,50).

Bij een onderzoek in de huisartsenpraktijk werd door 15 verschillende deelnemers de proef van Lasègue uitgevoerd na voorafgaande training. In de loop van 2 jaar werden 48 patiënten onderzocht met bekkenscheefstand, scoliose of ischias. Bij dezelfde patiënten werd door een huisarts-onderzoeker binnen 2 weken na de eerste test een tweede test gedaan. Er werd een positieve respectievelijk negatieve overeenstemming gevonden bij 67 en 91% (κ : 0,56), zonder dat het tijdsverschil tussen de 2 tests een rol leek te spelen.¹⁹

beschouwing

De voorspellende waarde van een klacht (ischias) of van een symptoom (wortelprickeling) hangt af van de sensitiviteit en de specificiteit van een proef ten aanzien van de causale aandoening (anatomische verandering van de wortel) en ook van de voorafkansen van deze aandoening (apriorikansen).²⁰ Het is hier de vraag of een positieve uitslag van de proef van Lasègue en andere radicaalprickelings-tests de kans dat de patiënt een wortelaandoening heeft, vergroot. In het algemeen gaat men uit van patiënten met ischias, waardoor de voorafkansen waarschijnlijk in de orde van 50% komt. Bij de meeste onderzoeken is de gouden standaard de operatieve verificatie of falsificatie van het causale agens: een discusprolaps of een andere anatomische afwijking, bijvoorbeeld een epidurale metastase of een stenose van het benige kanaal. Ook bij anatomische verificatie is de betrouwbaarheid niet 100%, evenmin als bij beeldvormend onderzoek. Het bepalen van de specificiteit vereist gegevens over patiënten met het symptoom bij wie de aandoening voldoende zeker is uitgesloten. Deze categorie is soms met opzet bij de bewerking van onderzoeksgegevens weggelaten.

De proef van Lasègue bij patiënten met ischiasklachten blijkt een hoge sensitiviteit (0,80-0,95) te hebben ten aanzien van de diagnose 'HNP', maar de specificiteit is slechts in de orde van 0,4.²¹ Dit is begrijpelijk, omdat ook een meer perifere beknelling van de N. ischiadicus met rekkingspijn gepaard gaat en ook andere pathologische processen in het wervelkanaal ischias kunnen veroorzaken. Dit geldt ook voor de omgekeerde proef van Lasègue, die overigens vaker wijst op een aandoening van de N. femoralis dan op een wortelaandoening van Liii of Liv. Een negatieve uitslag van de proef van Lasègue is dus vooral van belang om bij patiënten met ischias een HNP onwaarschijnlijk te maken (grote voorspellende waarde van een negatieve uitslag).

De gekruiste Lasègue-proef heeft een veel lagere sensitiviteit (circa 0,25), maar is veel specifiekere (0,90-0,97) en is bovendien in 50% van de gevallen gecorreleerd met gesekwestreerde disci. Voor mij betekent de aanwezigheid van dit symptoom een indicatie voor een snelle operatie vanwege de mogelijkheid tot verschuiving van de discus met neurologische uitval. Hierover is echter geen prospectief onderzoek voorhanden. Hoewel het optreden of verergeren van uitstralende pijn bij de intra-abdominale drukverhoging als een specifiek radicaal

symptoom wordt beschouwd, is hiernaar vrijwel geen systematisch onderzoek gedaan: in 2 onderzoeken wordt een sensitiviteit van respectievelijk 68%¹⁰ en 74%⁷ gemeld bij geverifieerde HNP's, maar een positieve uitslag wordt ook gevonden bij respectievelijk 51 en 25% van de patiënten met laterale of centrale kanaalstenosen.¹⁰ Dit laatste wordt overigens niet vermeld door Verbiest,²² en komt ook niet overeen met mijn eigen ervaring. Met deze gegevens is uitstralende pijn in het been door drukverhoging wel pathognomonisch (specificiteit: 100%) voor een radicaal lokaliserende en dus afwezig bij een perifere neuropathie, bijvoorbeeld door tumoren in het kleine bekken.

Een symptoom beschreven door Kemp als kenmerkend voor een lumbale HNP,²³ is vrijwel nooit systematisch onderzocht en uitsluitend in Nederlandse leerboeken terug te vinden. Bij de proef van Kemp kan in het been uitstralende pijn worden opgewekt door de patiënt in rechtopstaande houding, eerst naar achteren en daarna zijwaarts te laten neigen: de pijn treedt alleen op bij neigen naar de kant van het pijnlijke been. Het is niet duidelijk of bij deze manoeuvre de druk van de discusprolaps op de wortel toeneemt of dat de wortel gerekt wordt. In mijn eigen ervaring is deze test alleen positief als ook de Lasègue-uitslag positief is. Bomers-Marres meldt dat deze test positief is bij respectievelijk 28 en 37% in 2 groepen patiënten met geverifieerde HNP's in een retrospectief onderzoek.²⁴ Zoals bij alle tests, is een goede omschrijving van de procedure en de grens tussen normaal en abnormaal van belang voor de betrouwbaarheid en de reproduceerbaarheid. De vermelde κ -waarden (circa 0,55) staan bekend als 'redelijk goed', maar men moet rekening houden met relatief hoge κ -waarden wanneer testuitslagen zeer asymmetrisch zijn verdeeld. In de leerboeken ontbreekt deze omschrijving veelal. In de geciteerde artikelen wordt als grens 70-90° aangehouden; slechts enkele auteurs vermelden dat de pijn moet uitstralen tot onder de knie, hetgeen ook mijn mening is. Een voorstel voor een testprocedure is weergegeven in tabel 2. Het zuiver verticaal optillen is van belang, omdat endorotatie de Lasègue-hoek doet toenemen en exorotatie deze hoek vermindert.²⁵ De pijn die telt, moet uitstralen distaal van de knie in het onderbeen en/of de voet. De hoek moet met een goniometer worden gemeten. Dorsale flexie van de voet bij de pijngrens moet de pijn doen verergeren (deze proef wordt doorgaans genoemd naar Bragard, maar werd reeds eerder beschreven door Fajersztajn en

TABEL 2. Het uitvoeren van de proef van Lasègue

- patiënt geheel platleggen op de rug
- in knie gestrekt been langzaam en precies verticaal optillen met de hand onder de hiel; beweging van de heup vermijden
- vaststellen bij welke hoek uitstralende pijn onder de knie optreedt (0-90°)
- bij het bereiken van deze pijnhoek nagaan of dorsiflexie van de voet de pijn doet toenemen (test van Bragard)
- vaststellen dat flexie in de heup bij gebogen knie niet pijnlijk is

Roch).²⁶ Buiging van het gebogen been in de heup mag niet pijnlijk zijn.

Gezien de bevindingen van dit literatuuronderzoek lijkt mij een prospectief onderzoek naar de sensitiviteit en de specificiteit van genoemde symptomen bij patiënten met ischias en/of intraspinale afwijkingen gerechtvaardigd.

abstract

Physical diagnostics – signs of lumbosacral radicular irritation
– Lasègue's test is a clinical test to demonstrate lumbosacral radicular irritation.

– Published evidence gives a high sensitivity (0.80-0.97) for a low lumbar disc protrusion but a low specificity (about 0.4) since this test is also positive in ischialgia due to other causes.

– A crossed Lasègue test had a high specificity (≥ 0.90) for presence of a (ruptured) disc prolapse.

– There is little or no literature about the reversed Lasègue and provocation by intra-abdominal pressure.

– The reproducibility of the Lasègue test is moderate (κ about 0.55).

literatuur

- Xavier AV, McDanal J, Kissin I. Mechanism of pain caused by the nerve-root tension test in patients with sciatica. *Neurology* 1989;39:601-2.
- Forst JJ. Contributions à l'étude clinique de la sciatique. Thèse pour le doctorat en médecine. Parijs: Faculté de Médecine de Paris, 1881.
- Fajersztajn J. Über das gekreuzte Ischiasphänomen. *Wien Klin Wochenschr* 1901;2:241-7.
- Charnley J. Orthopaedic signs in the diagnosis of disc protrusion, with special reference to the straight-leg raising test. *Lancet* 1951;:186-92.
- Spangfort EV. The lumbar disc herniation. A computer-aided analysis of 2,504 operations. *Acta Orthop Scand* 1972;142 Suppl:1-95.
- Hakelius A, Hindmarsh J. The significance of neurological signs and myelographic findings in the diagnosis of lumbar root compression. *Acta Orthop Scand* 1972;43:239-46.
- Kortelainen P, Puranen J, Koivisto E, Lähde S. Symptoms and signs of sciatica and their relation to the localization of the lumbar disc herniation. *Spine* 1985;10:88-92.
- Kosteljanetz M, Bang F, Schmidt-Olsen S. The clinical significance of straight-leg raising (Lasègue's sign) in the diagnosis of prolapsed lumbar disc. Interobserver variation and correlation with surgical finding. *Spine* 1988;13:393-5.
- Kerr RSC, Cadoux-Hudson TA, Adams CBT. The value of accurate clinical assessment in the surgical management of the lumbar disc protrusion. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1988;51:169-73.
- Jönsson B, Strömqvist B. Symptoms and signs in degeneration of the lumbar spine. A prospective, consecutive study of 300 operated patients. *J Bone Joint Surg Br* 1993;75:381-5.
- Albert TJ, Balderston RA, Heller JG, Herkowitz HN, Garfin SR, Tomany K, et al. Upper lumbar disc herniations. *J Spinal Disord* 1993;6:351-9.
- Hudgins WR. The crossed straight leg raising test: a diagnostic sign of herniated disc. *J Occup Med* 1979;21:407-8.
- Wieser HG, Probst Ch, Costabile G. Das gekreuzte Lasègue'sche Zeichen. *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr* 1975;116:315-24.
- Vucetic N, Svensson O. Physical signs in lumbar disc hernia. *Clin Orthop* 1996;333:192-201.
- Christodoulides AN. Ipsilateral sciatica on femoral nerve stretch test is pathognomonic of an L4/5 disc protrusion. *J Bone Joint Surg Br* 1989;71:88-9.
- Waddell G, Main ChJ, Morris EW, Venner RM, Rae PS, Sharmy SH, et al. Normality and reliability in the clinical assessment of backache. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1982;284:1519-23.
- Nelson MA, Allen P, Clamp SE, DeDombal FT. Reliability and reproducibility of clinical findings in low-back pain. *Spine* 1979;4:97-101.

- McCombe PF, Fairbank JCT, Cockersole BC, Pynsent PB. Reproducibility of physical signs in lower back pain. *Spine* 1989;14:908-18.
- Hoogen HMM van den, Koes BW, Deville W, Eijk JT van, Bouter LM. The inter-observer reproducibility of Lasègue's sign in patients with low back pain in general practice. *Br J Gen Pract* 1996;46:727-30.
- Andersson GBJ, Deyo RA. History and physical examination in patients with herniated lumbar discs. *Spine* 1996;21(24 Suppl):10S-8S.
- Hoogen HMM van den, Koes BW, Eijk ThM van, Bouter LM. On the accuracy of history, physical examination, and erythrocyte sedimentation rate in diagnosing low back pain in general practice. *Spine* 1995;20:318-27.
- Verbiest H. Neurogenic intermittent claudication. *New York: North Holland/American Elsevier*; 1976. p. 68-107.
- Kemp A. Een nieuw symptoom bij prolaps van de tussenwervelschijf. *Ned Tijdschr Geneesk* 1959;94:1750-5.
- Bomers-Marres AJML. Studie over de operatieve behandeling van hernia nuclei pulposi lumbalis [proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1981.
- Breig A, Troup JDG. Biomechanical considerations in the straight-leg-raising test. Cadaveric and clinical studies of the effects of hip rotation. *Spine* 1979;4:242-50.
- Karowski K. Zur Geschichte der Entdeckung des Lasègueschen Phänomens und seiner Varianten. *Schweiz Med Wochenschr* 1984;114:992-5.

Aanvaard op 26 oktober 1998

Bladvulling

Invloed der menstruatie op de lactatie

Kan een vrouw doorgaan met zoogen na het weder intreden der menstruatie zonder schadelijken invloed op het kind? Heeft het intreden der menses in quantitatieven of kwalitatieven zin invloed op de zogsecrctie? Daar het antwoord op deze vragen nog niet eenstemmig luidt, heeft Dr. bendix een statistiek opgemaakt van 140 vrouwen, die met haar kinderen in de kinderpolikliniek te Berlijn kwamen. Gedeeltelijk kreeg hij zijn gegevens door de vrouwen te ondervragen, gedeeltelijk door eigen onderzoekingen. Aan deze statistiek is het volgende ontleend: 1°. Intreden der menses gedurende de lactatie kwam veelvuldiger voor dan gewoonlijk opgegeven wordt, n.l. onder 140 vrouwen 85-maal, d.i. bij 60 pCt. en wel bij 45 voor het einde der derde maand meestal na 6 tot 8 weken, bij 15 van de vierde tot einde zesde maand, bij 6 van de zevende tot einde negende maand, bij 7 later dan de negende maand, de overige konden den tijd van eerste menstruatie niet juist aangeven; 2°. Veranderingen van de melk in quantiteit vertoonden zich bij 21 van de 85 vrouwen, in elf van deze gevallen ondervond het kind er geen nadeel van; 1-maal was de hoeveelheid melk vermeerderd, doch in de overige 10 gevallen, hield de zogsecrctie geleidelijk binnen korten tijd op of verminderde met elke menstruatie, zoodat het kind niet langer door de moeder gezoogd kon worden; 3°. Gezondheidstoestand van de kinderen. Deze was in 5 van de 85 gevallen gedurende de menstruatie niet goed (kind onrustig of wilde niet zuigen), 5-maal waren ook de faeces veranderd.

De chemische samenstelling der melk werd in 8 gevallen door den Schrijver nagegaan gedurende de menstruatie en in de intermenstruale pauze bij eenzelfde vrouw. Hij vond, dat duidelijke verschillen, behalve voor het vet niet aan te toonen zijn, het vetgehalte is gedurende de menstruatie bijna altijd verhoogd, doch meestal niet zoo, dat het kind er eenig nadeel van ondervindt.

(Wetenschappelijke Mededeelingen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1899;43II:26-7.)