

Collega VISSER twijfelt aan de diagnose feochromocytoom, die werd gesteld op het operatiepreparaat van de bijnier van de beschreven patiënt. Ook na revisie van het preparaat is de patholoog-anatoom, collega EIBERGEN, van mening dat het hier een klassiek beeld van een feochromocytoom betreft. Deze mening wordt gedeeld door de andere patholoog-anatomen van het Groninger laboratorium.

Ik ben het met collega VISSER eens dat de catecholamine-stofwisseling bij iedere patiënt met hypertensie aandacht behoeft. De bepaling van de VMA-uitscheiding is daarvoor geschikt, temeer daar deze bij de meeste patiënten met een feochromocytoom ook buiten de aanvallen om is verhoogd (ENGELMAN 1969). In een zeldzaam geval als het onze is de uitscheiding ook op de dag van een (geprovoceerde) aanval normaal.

In hoeverre het door collega VISSER nieuw te beschrijven ziektebeeld aanleiding kan geven tot klinische verschijnselen die gelijken op de ritmestoornissen en hypertensie-aanvallen die bij onze patiënt met een feochromocytoom voorkwamen, is mij niet bekend. Een recent door CARNEY c.s. beschreven patiënte met bilaterale medullaire bijnierhyperplasie had geen symptomen, maar had wel een verhoogde VMA-uitscheiding (CARNEY c.s. 1975).

Literatuur: CARNEY, J. A., G. W. SIZEMORE en G. M. TYCE (1975) Bilateral adrenal medullary hyperplasia in multiple endocrine neoplasia type 2. *Proc. Mayo Clin.* 50, 3. — ENGELMAN, K. (1969) Principles in the diagnosis of pheochromocytoma. *Bull. N.Y. Acad. Med.* 45, 851.

Groningen, maart 1975

N. H. MULDER

In een interessant artikel vestigt collega MULDER (1975) de aandacht op het voorkomen van aanvallen van bradycardie bij een patiënt met een feochromocytoom. Deze aanvallen vormden zelfs „één van de meest verrassende aspecten van de ziektegeschiedenis van de hier beschreven patiënt...”, zowel onder basale omstandigheden als tijdens de provocatietest”. Op bl. 267 wordt de aritmie geduid als een sinusbradycardie met een ventriculair escape-ritme. Fig. 2 (b) toont echter dat er tevens een AV-block bestaat. Immers, de P-top vóór het derde QRS-complex wordt zelfs na 0,30 sec. niet gevolgd door een voortgeleide slag, terwijl de PQ-tijd vóór de aanval 0,12 sec. bedroeg. De AV-dissociatie in fig. 2 (b) kan daarom niet uitsluitend worden verklaard door een sinusbradycardie met dientengevolge een ventriculair escape-ritme. Er moet op zijn minst ook een eerstegraads AV-block bestaan met een belangrijke toename in de AV-geleidingstijd. En kort durend totaal AV-block is ook mogelijk, maar de afgebeelde ritmestroom is te kort om daarover een zekere uitspraak te doen. Op grond van de door de schrijver gepostuleerde reflectoire remming van de sinusknop via de sinus caroticus mag men verwachten dat de gesignaleerde geleidingsstoornis in de AV-knoop is gelocaliseerd. Om te verklaren waarom dan een ventriculair en niet een AV-junctional (AV-knoop of bundel van His) ritme invalt, moet men aannemen dat ook de automatie van de pacemakers in de AV-junction door hetzelfde remmingsmechanisme wordt onderdrukt. Eerst dan wordt het begrijpelijk waarom pas in tweede instantie, bij afname van de vagale reactie, een AV-junctional ritme manifest werd. Minder waarschijnlijk, maar niet uitgesloten, is de mogelijkheid van een voorbijgaand,

compleet bilateraal bundeltakblock met ventriculair escape-ritme.

Een ander interessant aspect is dat het ventriculaire escape-ritme een frequentie had van ongeveer 55/min. en dat is sneller dan men van een „ongecompliceerd” ventriculair ritme zou mogen verwachten. De inherente frequentie van een ventriculaire pacemaker ligt nl. tussen 30 en 40/min. Een geringe mate van versnelling van de automatie van de ventriculaire focus — mogelijk door een rechtstreeks effect van de verhoogde catecholaminespiegel — moet daarom tevens worden aangenomen.

Het onderhavige geval illustreert duidelijk het bezwaar dat verbonden is aan het gebruik van de term bradycardie in taalkundige betekenis (langzaam kloppend hart, d.w.z. < 60 slagen/min.). Wanneer men ieder ritme met een frequentie van minder dan 60/min. een bradycardie noemt, bestaat het gevaar dat versnelde automatie in een ectopisch centrum over het hoofd wordt gezien. Wij geven daarom de voorkeur aan de elektrofysiologische definitie, waarbij van een bradycardie wordt gesproken wanneer de ondergrens van de inherente frequentie van een bepaalde pacemaker wordt overschreden. Voor de sinusknop is dit het geval bij een frequentie < 60/min., voor een ventriculair focus echter bij een frequentie < 30/min.

Literatuur: MULDER, N. H. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 267.

Utrecht, februari 1975

E. O. ROBLES DE MEDINA

Tijdens provocatie van een hypertensieve crisis bij een patiënt met een feochromocytoom ontstond een langzaam atriumritme, waarschijnlijk als gevolg van een sinusbradycardie, met daarbij een escape-ritme van de ventrikels. Collega ROBLES DE MEDINA voert terecht aan dat daarbij waarschijnlijk een zekere mate van blokkade van de atrio-ventriculaire knoop is opgetreden. Deze vertraagde of geblokkeerde geleiding is goed te verenigen met de gepostuleerde vagale remming (DAVIES 1971).

Of de „escape”-slagen, die optreden in deze gecompliceerde situatie, veroorzaakt werden door een ventriculair focus dan wel door een AV-junctionfocus met aberrante geleiding valt niet uit te maken. Het terugkeren van een normaal ritme via een AV-junctionritme met normale geleiding pleit dacht ik het meest voor de eerste mogelijkheid.

Literatuur: DAVIES, M. J. (1971) *Pathology of conducting tissue of the heart.* Butterworth, Londen.

Groningen, maart 1975

N. H. MULDER

Het verzuimde sperma-onderzoek

De Klinische Les van collega WILDSCHUT (1975) geeft huisarts en specialist waardevolle informatie over de gedragslijn bij andrologische fertiliteitsstoornissen. Uit het niet verrichten van een testisbiopsie bij de echtgenoot van mevrouw C blijkt dat collega WILDSCHUT deze vorm van diagnostiek niet

geïndiceerd acht indien therapeutische consequenties ontbreken. Ik ben het hiermee volledig eens. Maar al te vaak wordt de indicatie voor deze ingreep, waar veel mannen dagenlang tegenopzien, bij alle vormen van sperma-deficiëntie gesteld. Bovendien kan een testisbiopsie een auto-immunreactie in gang brengen, waarbij antistoffen ontstaan tegen het caput van de spermatozoa (HJORT e.a. 1974). Wanneer op grond van de bevindingen bij palpatie van de intra-scrotale organen, of van de sperma-analyse, vaststaat dat de histologische beoordeling van het testisbiopt geen invloed kan hebben op de prognose en behandeling, is het verrichten van de testisbiopsie een kunstfout. Een testisbiopsie is m.i. daarom alleen aangewezen wanneer er *azoöspermie* bestaat en niet op andere wijze dan door een testisbiopsie kan worden vastgesteld of deze azoöspermie een spermatogenetische dan wel een obstructieve oorzaak heeft. Men vraagt zich daarom af of de testisbiopsie bij patiënt A ook niet achterwege had kunnen blijven. De hypofysectomie maakte het immers zeer waarschijnlijk dat er bij deze patiënt en spermatogenetische azoöspermie bestond als gevolg van een agonadotroop hypogonadisme.

Collega WILDSCHUT is van mening dat sperma-onderzoek noodzakelijk is na een aantal door hem aan het einde van de Klinische Les genoemde operaties, ziekten en afwijkingen. Het komt mij voor dat in sommige van deze gevallen, met name na een dubbelzijdige cryptorchisme-operatie, de chirurg en de huisarts er verstandiger aan doen om de latere fertiliteit niet aan de orde te stellen. Bij eventuele vragen hierover kunnen zij erop wijzen dat het doel van de operatie o.a. is geweest het voortplantingsvermogen veilig te stellen. Het risico van een sperma-onderzoek na een dubbelzijdige orchidopexie is dat de puber of de adolescent bij een slechte uitslag met een probleem wordt belast waar hij niet om heeft gevraagd. Ook bestaat het gevaar dat de ouders de onvruchtbaarheid van hun zoon niet voor zich houden, zodat de jongen in de familie- en vriendenkring bekend wordt als een „minus variant op het gebied van de voortplanting”. Tenslotte zal in een huwelijk voor een man van wie de ouders weten dat hij onvruchtbaar is, nooit de mogelijkheid bestaan om eventueel donorinseminatie te laten verrichten zonder zijn ouders hiervan op de hoogte te stellen. En de ervaring leert dat de meeste echtparen er prijs op stellen het besluit tot donorinseminatie samen te nemen in overleg met de huisarts, en dat zij anderen, ook de ouders, hier graag buiten willen houden.

BERICHTEN

Buitenland

AUSTRALIË

Ecologische perikelen. In een commentaar van het *Journal of the American medical Association* (3 febr. bl. 471) geven ROBERT T. PAINE en THOMAS M. ZARET een uiteenzetting van (soms doelbewuste, maar soms ongewilde) ingrepen in de ecologische omstandigheden van een landstreek. Een van de meest spectaculaire en geslaagde manoeuvres heeft in Australië plaatsgevonden. In 1788 werden in dat land runderen en schapen ingevoerd, welke dieren er tevoren onbekend waren. Aanvankelijk bracht deze import geen moeilijkheden mee. Maar met de toenemende groei van de veestapel

Literatuur: HJORT, T., S. HUSTED en P. LINNET-JEPSEN (1974) *Clin. exp. Immunol.* 18, 201. — WILDSCHUT, J. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 257.

Groningen, februari 1975

J. KREMER

Ik ben het met collega KREMER eens dat de meeste testisbiopsiën onnodig worden verricht. Zelfs over de indicatie bij azoöspermie valt te twisten, daar zowel bij aspermatogenetische als bij afsluitingsazoöspermie de therapeutische mogelijkheden minimaal zijn. Bij onze patiënt A had de testisbiopsie inderdaad achterwege kunnen blijven.

Dan over de vraag of de medicus met de ouders van een wegens cryptorchismus geopereerde jongen wel of niet over mogelijk verminderde vruchtbaarheid moet spreken. Ik geloof dat enige nuchterheid hier geboden is. De ouders van deze jongen zullen zich toch wel eens hebben afgevraagd of het met de vruchtbaarheid nu wel goed komt. Iedereen weet dat een eenvoudig zaadonderzoek hierop een antwoord kan geven, maar als de arts dit niet nodig vindt, zullen velen aannemen dat alles wel in orde is. Toch blijkt achteraf dat veel jonge mannen of hun ouders niet begrijpen dat zo'n onderzoek niet is gebeurd.

Mag men een adolescente jongen „ongevraagd” belasten met de wetenschap dat hij minder vruchtbaar is. Het omzeilen van dit probleem door eenvoudigweg geen onderzoek in te stellen is m.i. oneerlijk. Ongetwijfeld zal deze wetenschap voor een 16-20-jarige jongen een psychologisch probleem zijn. Dit moeten we echter ook niet overdrijven; de meeste jongens van die leeftijd hebben andere dingen aan hun hoofd, en het krijgen van kinderen is nog iets van de verre toekomst. Bovendien zal de mededeling „beslist onvruchtbaar” maar zelden behoeven te worden gedaan.

Struisvogelpolitiek in dezen leidt tot veel grotere psychologische problemen later, en tot verwijten achteraf. Een aantal mannen ontwikkelt ernstige schuld- en inferioriteitsgevoelens t.o.v. hun vrouw als na de eerste jaren van hun huwelijk de onvruchtbaarheid aan het licht komt. Dan is inmiddels het uitblijven van een zwangerschap een levensgroot probleem geworden en — ik wil dit nogmaals onderstrepen — voor soms langdurige procedures als adoptie of KID kunnen dan al vele niet meer terug te winnen jaren zijn verstreken.

Leiden, maart 1975

J. WILDSCHUT

rees een formidabel probleem: de dieren produceerden zulke grote hoeveelheden faeces, dat men er geen weg mee wist. In andere landen zijn er dan nog insecten die meehelpen de uitwerpselen af te breken. Dergelijke insecten ontbraken echter in Australië. Naar schatting produceren de 30 miljoen Australische runderen en schapen dagelijks 300 miljoen hopen faeces, die, indien ze intact blijven, jaarlijks een oppervlakte van ongeveer 6 miljoen acres weidegrond kunnen bedekken. De Australische regering heeft uitkomst gebracht toen zij in 1967 vier soorten Afrikaanse mestkevers invoerde. Een van deze vier soorten heeft zich over heel Queensland uitgebreid. Koeiefaeces verdwijnen thans binnen 48 uur, terwijl de populatie van een aanwezige vernielzuchtige mestvlieg aanmerkelijk is uitgedund.