

VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

Is de vroedvrouw gerechtigd lokale anesthesie voor een episiotomie te geven?

Vraag 35. a. Is een vroedvrouw gerechtigd lokale anesthesie voor en (of) na episiotomie te geven?

b. Zo nee, waarom is zij daartoe niet gerechtigd?

c. Zo ja, is zij daarin tijdens haar opleiding geoefend? Kent zij de complicaties van lokale anesthesie? Kan zij deze adequaat voorkomen resp. bestrijden?

Antwoord. Ad a. De vroedvrouw is wettelijk niet gerechtigd een episiotomie te geven en lokale anesthesie toe te passen — ook niet bij een ruptura perinei.

Ad b en c. Er is een wetsontwerp in voorbereiding waarbij ondermeer aan de vroedvrouw de bevoegdheid wordt toegekend tot het verrichten van episiotomieën en hechtingen, al dan niet met toepassing van plaatselijke verdoving. Aan de vertegenwoordigers van de vroedvrouwen, de huisartsen en de Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie is advies gevraagd omtrent deze verruiming van de bevoegdheid van de vroedvrouw. Daarbij is gesteld dat het gaat om een aanpassing aan de bestaande praktijk.

De volgende overwegingen zijn voor dit advies van belang:

1. Ernstige en in het bijzonder dodelijke ongelukken komen bij de toepassing van lokale anesthesie weinig voor; een kritische beoordeling van de beschikbare literatuur leert dat ernstige complicaties optreden in een frequentie van 1:100.000 tot 1:200.000 — een derde deel ervan overlijdt — en dat hiervan 45% op rekening komt van de lokale anesthesie in de keel-, neus- en oorheelkunde en tandheelkunde en 55% op rekening van toepassingen in andere operatieve vakgebieden en bij therapeutische aanwending.

2. Bij infiltratie in vaatrijke gebieden is de kans op overdosering, onbedoelde intra-vasculaire injectie en overgevoeligheidsreacties bij een overigens adequate dosis groter dan anderszins. Dit geldt zeer speciaal voor infiltratie in de keel, de luchtwegen, het perineum (gedurende de baring) en de urethra.

3. Behalve lokale complicaties (oedeem, ontsteking, abcesvorming en gangreen) — vooral als tevens van vasoconstrictische stoffen zoals adrenaline wordt gebruik gemaakt — kunnen dodelijke toxische reacties optreden die een gevolg zijn van prikkeling van de cortex (convulsies en bewusteloosheid), of depressie van de medulla (ademhalingsdepressie), of beïnvloeding van het vasomotoren centrum en het hart (collaps en shock).

4. De uitspraak: „Every doctor, who uses local anaesthetic agents in any form should be aware of the risks involved and how reactions should be treated” (ERIKSSON), geldt uiteraard ook voor de vroedvrouw. Haar onderscheidingsvermogen voor wat betreft de

aard en de ernst van de optredende complicaties en haar kennis en kunde van de daarbij gewenste behandeling zijn door de aard van haar opleiding beperkt. Slechts een in het belang van de verloskundige zorg voortgaande verzelfstandiging van de positie van de vroedvrouw zou een rechtvaardiging kunnen zijn voor de wettelijke uitbreiding van haar bevoegdheden.

5. Zonder in dit antwoord een advies te geven met betrekking tot het genoemde wetsontwerp in voorbereiding, moet erop gewezen worden dat scherpere afbakening van vakgebieden, nauwkeuriger omschrijving van verantwoordelijkheden — plichten en rechten — en verdere uitbreiding van bevoegdheden vaker gewenste samenwerkingsverbanden verstoren dan mogelijk maken c.q. verbeteren. Bij de verloskundige zorg vindt bezinning op die samenwerkingsverbanden plaats; in het kader daarvan dient ook de wettelijke uitbreiding van de bevoegdheden van de vroedvrouw bestudeerd te worden.

Literatuur: ERIKSSON, E. (1969) *Illustrated handbook in local anaesthesia*. Munksgaard, Copenhagen. — KILLIAN, H. e.a. (1973) *Lokalanästhesie und Lokalanästhetika*. 2e druk. Thieme, Stuttgart. — Schrijven Centrale Raad voor de Volksgezondheid aan de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie dd. 15-4-1975. — Wijziging van de Wet van 1 juni 1865, *Stb.* 60 en van een aantal andere wetten ter zake van de bevoegdheid en de titel van de verloskundige. — Ontwerp van wet dd. 3-1-1975 en Memorie van toelichting dd. 3-1-1975.

INGEZONDEN

Behandeling van cryptorchisme

Het antwoordt op vraag 25 (1975) vraagt om een kritische reactie, zowel omdat het om een veel voorkomende aandoening gaat, alsook omdat het antwoord pertinentier is dan onzes inziens bij de huidige kennis verantwoord is. In het antwoord wordt niet gesproken over éénzijdig of dubbelzijdig cryptorchisme. We nemen aan dat vraagsteller en antwoordgever over retentio testis beiderzijds spreken.

Als argumenten voor vroege behandeling worden aangevoerd:

a. Regressieve veranderingen in de testikel. Er is echter een grote onzekerheid of deze veranderingen secundair zijn aan de abnormale ligging of dat zij samenhangen met een primaire dysgenese. Relatie met de leeftijd is door verschillende onderzoekers niet gevonden. Over de reversibiliteit van eventuele afwijkingen na indaling is niets bekend.

b. Spontane indaling zou na het eerste jaar niet meer optreden. Er is echter geen prospectief onderzoek bekend om deze bewering te staven. Een transversaal onderzoek is geen geschikte methode om dit uit te maken. Eigen onderzoek (VAN GELDEREN 1970) en andere studies (o.a. JOHNSON 1938) tonen wel degelijk spontane indaling na het 5e jaar aan. Ook toediening van gonadotropinen (op de leeftijd van 9

à 11 jaar) leidt naar onze ervaring en die van anderen in menig geval tot indaling. Men kan dan wel stellen dat er in zulke gevallen geen echte retentio testis bestond, maar dat kan men dan ook wel van successen van vroege orchidopexie zeggen.

c. Maligniteit. Gezien het uiterst geringe aantal gevallen bij kinderen onder 12 jaar is dit géén argument voor vroege operatie van alle patiënten, nog afgezien van het feit dat de kans op maligniteit niet door orchidopexie vermindert.

d. Vroege operatie verhoogt de kans op fertiliteit tot wel 80%. Dit is zéér onwaarschijnlijk. In de publikaties over fertiliteit na (behandeld) cryptorchisme varieert de fertiliteit in de regel van 0 tot 30%. Of deze gevallen van fertiliteit op rekening van de behandeling geschoven mogen worden is daarbij onzeker. Onderzoekingen waarbij fertiliteit na vroege operatie vergeleken zijn met die na latere zijn ons niet bekend. Cryptorchisme en latere slechte spermato-genese worden door velen beschouwd als gemeenschappelijke aspecten van een primair slechte testis-aanleg; vroege operatie zal hieraan weinig kunnen veranderen.

Uit het bovenstaande blijkt hoe onzeker de argumenten voor vroege operatie zijn. Gezien deze onzekerheid moet men rekening houden met de mogelijkheid dat vroege orchidopexie vaak onnodig gebeurt en dat er bij de enkele duizenden orchidopexieën die er in ons land per jaar worden verricht goede testikels verloren zullen gaan.

In een recente beschouwing naar aanleiding van een kritische literatuurstudie (MEIJERS e.a. 1973) wordt dan ook gesteld dat „ . . . the many opinions expressed are conflicting as well as confusing and the reply to the question: what is the optimal time to perform orchiopey remains elusive”. Tevens wordt daarin de urgente noodzaak uitgesproken voor prospectief onderzoek, vroege biopsie, „randomized treatment programs” en postpubertaal onderzoek van testis en fertiliteit. Een poging daartoe door ons verricht, waarbij o.a. patiënten met beiderzijdse retentio testis worden gevolgd vanaf het eerste bezoek; een Pregnyl-kuur wordt gegeven en op de leeftijd van ca. 9 tot 11 jaar — zo nog nodig — wordt orchidopexie aan één zijde verricht met biopsie; de andere testikel dient in zekere zin als controle. Tevens omvat het protocol semenanalyse na de puberteit.

Onzes inziens zijn in het antwoord, dat tot deze reactie leidde, het advies en de argumentatie te eenzijdig voorgesteld.

Literatuur: GELDEREN, H. H. VAN (1970) Spontane indaling van kryptorche testes. *Ned. T. Geneesk.* 114, 544. — JOHNSON, W. W. (1938) Cryptorchidism. *J. Amer. med. Ass.* 113, 25. — MEIJERS, R. P. en P. P. KELALIS (1973) Cryptorchidisme reassesed. *Proc. Mayo Clin.* 48, 94.

Leiden, september 1975

Wergroep Cryptorchisme
H. H. VAN GELDEREN, *kinderarts*
G. F. P. HEREMANS, *kinderarts*
A. P. VAN SETERS, *endocrinoloog*
H. J. DE VOOGT, *uroloog*
J. WILDSCHUT, *gynaecoloog*

Wanneer men het antwoord op vraag 25 (1975) aangaande de behandeling van cryptorchismus leest, krijgt men de indruk dat het een vaststaand feit is, dat opereren omstreeks het 5e jaar bij geretineerde of ectopische testis de beste methode, en dus ook wel de algemeen gangbare methode in Nederland is. Literatuur wordt niet vermeld, zodat men niet kan nagaan waaraan deze „mening-zonder-twijfel”

wordt ontleend, en waarom de prognose dan bewezen gunstiger is dan bij latere of andere behandelingen. Wanneer men verschillende specialisten naar hun mening vraagt, krijgt men zeer uiteenlopende methoden en tijdstippen van behandeling te horen, zodat het blijkbaar voor andere deskundigen nog niet zo'n zekere zaak is wat de beste methode van behandeling is, of zijn zij dan niet voldoende „bij-geschoold”?

Literatuur: Vraag 25 (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 1357.

Nieuwveen, september 1975

A. M. VAN DONGEN

Met het antwoord op vraag 25 (1975) heb ik, en een aantal collegae mét mij, toch wel enige moeite. Zo af en toe komt het probleem „retentio testis” en haar behandeling in een tijdschrift aan de orde. Daaruit ontstaan discussies tussen collegae van verschillende disciplines, waarbij tevens blijkt dat de collegae binnen één discipline het onderling vaak beslist oneens zijn. Er wordt niets opgelost, er komt geen overeenstemming en daarna blijft het weer een tijdje „stil”.

In het antwoord op vraag 25 wordt gesteld dat voor de chirurgische behandeling „als optimale leeftijd het 5e levensjaar wordt beschouwd”. En verder dat bij de groeifase, die omtrent het vijfde levensjaar intreedt, de — in de regel niet volwaardige — testikel meer en meer in ontwikkeling zal achterblijven. Ook wordt gesteld dat na het eerste levensjaar geen spontane indaling meer optreedt.

Toch hebben wij waargenomen — en beslist niet zó zelden — dat tussen het eerste en vijfde levensjaar een testikel in het lieskanaal voelbaar werd, verder ging indalen (al of niet onder invloed van hormonale behandeling) en in de puberteit — vergeleken met de wél eerder ingedaalde testikel — een normale grootte bereikte. Ook hebben wij testikels, die hoog of in het midden van het lieskanaal palpabel zijn, tussen het vijfde en twaalfde jaar wel eens verder zien indalen (door diverse collegae geverifieerd als niet-retractiel) en bij palpatie normaal van grootte en consistentie worden.

De opvatting dat hormonale behandeling tegenwoordig niet meer als effectief wordt beschouwd, evenals de suggestie dat de successen zouden berusten op niet herkende retractiele testikels, menen wij te moeten bestrijden. In een aantal gevallen zagen wij (mits de testikel reeds in het lieskanaal voelbaar was) wel degelijk een descensus voltooid worden na een of meer hormonale kuren. In deze gevallen (wij verwijzen naar de huisarts en deze verifieert de diagnose) betrof het géén retractiele testes.

Natuurlijk is afwachten niet verantwoord als er duidelijke — en universeel gehanteerde — indicaties voor behandeling zijn. Helaas zien wij na een late descensus atrofische testikels, doch ook zo op het „oog” goede. Het fixeren door orchidopexie in het vijfde levensjaar — met in veel gevallen óók bepaald niet zo fraaie resultaten — heeft tot gevolg dat een aantal andere mogelijkheden worden gemist. Kan het ontkennen van de nuttigheid van een hormonale kuur niet het gevolg zijn van de omstandigheid dat alleen echte retentio's, óf rechtstreeks óf na falen van hormonale therapie (goed of slecht uitgevoerd), worden doorgestuurd en dat aldus goede resultaten buiten het gezichtsveld van het ziekenhuis blijven?

Een zo vroeg mogelijke chirurgische behandeling van een ectopische testikel is geen punt van discussie.

Literatuur: Vraag 25 (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 1357.

Waalwijk, september 1975

P. L. M. KRAMERS