

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