

Naschrift

Gedurende de twee jaren verlopen sinds MEHNERT's laatstgenoemde publikatie blijkt de situatie wel degelijk te zijn veranderd in die zin dat thans *alle* biguanide-preparaten als potentieel lactacidose bevorderend moeten worden beschouwd. In een recent editorial (1977) noemt hij dit „... eine — erschreckend späte — Erkenntnis der letzten ein bis zwei Jahre”. Tevens benadrukt hij het verraderlijke karakter van deze verwickeling en de uitermate slechte prognose quoad vitam.

De auteurs danken mw. DE MUNCK-BIJLSMA en de heer TER AVEST, respectievelijk verbonden aan de firma Hoechst en de firma Boehringer, voor hun hulp bij het verkrijgen van voor dit artikel gewenste gegevens.

Literatuur: Editorial (1977) *Münch. med. Wschr.* 119, 9.

Hilversum, maart 1977

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Professor dr. P. Muntendam-prijs

Het Bestuur van de Stichting Koningin Wilhelmina Fonds, Nederlandse Organisatie voor De Kankerbestrijding, zoekt in kennis te komen van mogelijke kandidaten, die in aanmerking kunnen komen voor de, voor de derde maal uit te reiken Professor dr. P. Muntendam-prijs.

Een ieder kan, met redenen omkleed, personen die volgens hem(haar) zich in bijzondere mate, wetenschappelijk of an-

derszins, verdienstelijk hebben gemaakt voor de kankerbestrijding in Nederland, voordragen.

Een Jury, bestaande uit prof. dr. E. A. VAN SLOOTEN, voorzitter, en de leden zr. M. L. BOELEN, prof. dr. H. L. BOOY, prof. dr. E. M. COHEN en mr. E. G. KONING, adviseert het Bestuur omtrent toekenning van de prijs.

Voordrachten van kandidaten kunen voor 1 februari 1978 worden ingediend bij: Bestuur Stichting KWF-NOK, De Lairessestraat 33, 1071 NS Amsterdam.

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

Stijgende frequentie van orchidopexie. Pas op de computer

Op grond van S.M.R.-gegevens constateert HOOGENDOORN (1977) een toeneming van de frequentie van orchidopexie bij kinderen en een duidelijk hogere frequentie dan in Engeland en de Verenigde Staten. Over de vraag hoe het berekende percentage van 4½ geïnterpreteerd moet worden zegt schrijver geen eigen oordeel te hebben. Tot zover alles correct. Hierna echter gaat schrijver over tot speculatie waarbij woorden als „indien”, „zou” en „waarschijnlijk” het ontbreken van een wetenschappelijke basis moeten vergoelijken. Het staat er dan toch maar: „... , dat zeer vaak orchidopexie wordt verricht bij vermeend cryptorchisme, terwijl men in werkelijkheid met retractiele testes te maken heeft.” In het commentaar naar aanleiding van de cijfers van HOOGENDOORN beschouwt VISSER (1977) zijn suggesties als bewezen feiten wanneer hij stelt dat het duidelijk is dat bij vele jongens na een enkel onderzoek door schoolarts, huisarts, kinderarts en chirurg de diagnose echte retentio testis wordt gesteld terwijl het in werkelijkheid retractiele testes betreft. Hiermee wordt zo maar een grote groep artsen beschuldigd van onzorgvuldig onderzoek! De tot slot van zijn artikel geciteerde uitspraak van de redactie van het tijdschrift doet er nog een schepje bovenop door de Nederlandse chirurgen incompetent te verklaren tot de behandeling van cryptorchisme. Over de consequentie van het advies om de operaties te laten uitvoeren door chirurgen en urologen die uitsluitend kinderen behandelen heeft men kennelijk niet nagedacht. Wanneer deze kleine groep 4727 or-

chidopexieën per jaar krijgt aangeboden, zullen de operaties niet door de beoogde ervaren operateurs worden uitgevoerd maar door hun assistenten en wellicht zelfs door hen die in het bestek van hun opleiding tot algemeen chirurg een stage kinderchirurgie lopen.

De aanleiding tot mijn kanttekening zijn de genoemde publikaties, de oorzaak is de vrees voor het ontstaan van een pseudowetenschap door onzorgvuldige interpretatie van computergegevens.

Literatuur: HOOGENDOORN, D. (1977) *Ned. T. Geneeskunde* 121, 1625. — VISSER, H. K. A. (1977) *Ned. T. Geneeskunde* 121, 1608.

Alkmaar, oktober 1977

H. R. HIEMSTRA

De kern van mijn door collega HIEMSTRA bestreden mededeling was: het aantal orchidopexieën stijgt in ons land tamelijk sterk en het is relatief hoog in vergelijking met Engeland en Wales en de Verenigde Staten. Uit gegevens, die dezer dagen uit Canada bekend werden (1977), wordt duidelijk, dat ook dit land duelijk lagere cijfers heeft.

Voor degenen die bij de registratie van medische gegevens betrokken zijn, lijkt het een eerste taak een dergelijk verschijnsel te signaleren. Evenzo is er onlangs op gewezen, dat de frequentie van geneesmiddelenintoxicaties toeneemt en dat het aantal appendectomieën daalt (HOOGENDOORN 1973 en 1976). Bij een poging de gesignaleerde toeneming van de orchidopexieën te verklaren, is, mede op grond van vroegere mededelingen in dit Tijdschrift, zeer voorzichtig de mogelijk-

heid geopperd, dat soms orchidopexie wordt verricht bij een vermeende cryptorchismus, terwijl in werkelijkheid retractiele testes in het spel zijn. Mocht collega HIEMSTRA gefundeerde argumenten kunnen aanvoeren tot bestrijding van het hierboven geuite vermoeden of argumenten voor een andere en betere verklaring van het gesignaleerde verschijnsel, dan zou hij niet alleen ondergetekende, maar vermoedelijk ook anderen een groot genoegen doen door dit kenbaar te maken.

De betekenis van het opschrift „pas op de computer” ontgaat mij. Met tijdrovend telwerk met hoofd en hand zou hetzelfde zijn gevonden. Ook bij de ziekenfondsen zijn soortgelijke gegevens bekend op grond van de declaratiestaten. Het lijkt niet juist deze getallen aan de collegae te onthouden.

Literatuur: HOOGENDOORN, D. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1838; (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 116. — Statistics Canada (1977) *Surgical procedures and treatments 1974.*

Wijhe, november 1977

D. HOOGENDOORN

Uit de reactie van collega HIEMSTRA blijkt eens te meer dat binnen de medische professie wel over „medical audit” wordt gesproken, doch dat kritische commentaren nog niet door een ieder dankbaar worden geaccepteerd.

Collega HIEMSTRA heeft mijn commentaar niet goed begrepen. Ik heb niet alleen op grond van de gegevens van collega HOOGENDOORN, doch vooral naar aanleiding van talrijke onderzoeken welke zijn gepubliceerd (ik citeerde het onderzoek van SCORER en COUR-PALAIS), gesteld, dat kennelijk „bij vele jongens na een enkel onderzoek op een druk spreekuur door een schoolarts, kinderarts of chirurg de diagnose echte retentio testis wordt gesteld, terwijl het in werkelijkheid retractiele testes betreft”. Het is niet mijn bedoeling hiermede „zo maar een grote groep van artsen te beschuldigen van onzorgvuldig onderzoek”. Iedere deskundige weet hoe moeilijk het lichamenlijk onderzoek bij het kind met „niet ingedaalde testis” is. Zelf heb ik ook dikwijls bij een enkel onderzoek verkeerde conclusies getrokken. Naar mijn mening is te allen tijde herhaald onderzoek nodig alvorens men met meer zekerheid van echte retentio testis kan spreken en chirurgische behandeling kan overwegen.

De vele onderzoeken in binnen- en buitenland (het Nederlandse onderzoek van BORGHANS-DELVAUX e.m. (1976) was mijn aandacht ontgaan) zijn op wetenschappelijke basis verricht. Alles wijst erop dat de frequentie van echte retentio testis niet hoger dan 1% is.

Collega HIEMSTRA interpreteert de uitspraak van de redactie van het tijdschrift, welke ik aan het slot van mijn commentaar heb geciteerd, op onjuiste wijze. Er wordt daarin niet gesproken over incompetentie van de Nederlandse chirurgen. Er wordt gepleit „de operatie toe te vertrouwen aan ervaren operateurs die een grote „kinderpraktijk” hebben en veelvuldig orchidopexie verrichten. *In de regel* zullen dit kinderchirurgen of kinderurologen zijn” (cursivering van mijn hand).

Waarom is collega HIEMSTRA het hier niet mee eens? In 1975 zijn in ons land 91.000 jongens levend geboren. Wanneer dit geboortecijfer onveranderd blijft en de frequentie van echte retentio testis ook in ons land 1% is (waarom zou dit cijfer in ons land hoger zijn?) zullen per jaar ca. 900 jongens (en niet 4727) voor orchidopexie in aanmerking komen. Laten we veronderstellen dat hiervan ca. 300 geopereerd zullen worden door ervaren algemene chirurgen die veelvuldig orchidopexie verrichten, dan zullen de overige ca. 600 gemakkelijk behandeld kunnen worden in die centra waar full-time kinderchirurgen en kinderurologen werkzaam zijn.

Tenslotte nog een commentaar op het „pas op de computer” en de vrees van collega HIEMSTRA voor het ontstaan van een pseudo-wetenschap door onzorgvuldige interpretatie van computergegevens. Dit is een niet-wetenschappelijke reactie op de zorgvuldige statistische analyse van collega HOOGENDOORN die gebruik maakt van de computer bij het verzamelen van gegevens. Vanouds heeft de mens een diep wantrouwen ten aanzien van de dingen die hij niet begrijpt. Nieuwe technieken worden niet als een hulpmiddel, doch als een bedreiging gezien. De komst van de computer heeft binnen vele wetenschappen en toepassingsgebieden — ook de geneeskunde — grote verschuivingen teweeggebracht. We zullen met de computer moeten leren leven.

Literatuur: BORGHANS-DELVAUX, J. M., J. K. GEERAERDTS-FEUERBERG en L. I. NJO-TAN (1976) *T. soc. Geneesk.* 54, 386.

Rotterdam, november 1977

H. K. A. VISSER

Stijgende frequentie van orchidopexie

Collega HOOGENDOORN berekent in zijn artikel dat van de in 1975 geboren jongens 4,5% vóór het bereiken van hun 15e levensjaar orchidopexie zullen ondergaan. Hij vraagt zich af of dit percentage als hoog, te hoog of als laag resp. te laag moet worden beschouwd, een vraag die hij niet kan beantwoorden. Aan het einde van zijn lezenswaardige bijdrage stelt hij de vraag in hoeverre de in Nederland functionerende schoolartsendiensten invloed hebben op het ten onrechte ter operatie aanbieden van patiënten met retractiele testes.

Bij een door ons in 1974 ingesteld retrospectief onderzoek (van 2500 in 1959 en 1960 geboren jongens) ontdekten wij dat bij 274 van hen te eniger tijd „cryptorchisme” was geconstateerd. Bij 179 van deze „cryptorchisten” bleken de testes later spontaan ingedaald te zijn; bij 67 jongens die later als „cryptorchist” werden genoteerd, was tijdens het eerste schoolonderzoek vastgesteld dat de ligging van de testes niet afweek; van deze 67 jongens werden er maar liefst 21 behandeld! Het totale aantal behandelde jongens bedroeg 57 (2,3%) van wie dus een groot deel deze behandeling ten onrechte onderging. Het door collega HOOGENDOORN berekende percentage van 4,5 moet derhalve als veel te hoog worden beschouwd.

Dit hoge percentage is naar onze mening te wijten aan de moeilijkheden bij het stellen van de diagnose, die door alle schrijvers onderschat worden. Zou de cremasterreflex met de vaak aanbevolen methodes (warm bad, hurkhouding etc.) zo eenvoudig op te heffen of te onderdrukken zijn, dan zouden er niet zoveel vergissingen worden gemaakt: bij 25 jongens van de door ons onderzochte populatie, bij wie later de testesligging normaal bleek te zijn, noteerden de schoolartsen bij herhaling „cryptorchisme”; de periode tussen de eerste en laatste afwijkende bevinding varieerde van 2 tot 6 jaar! Dank zij het geduld van de schoolarts werden deze kinderen niet verwezen c.q. de ouders ervan weerhouden zelf naar een behandeling te zoeken. De schoolarts kan dus wel degelijk — zij het niet in alle gevallen — invloed uitoefenen op de behandeling.

In het commentaar van collega VISSER lezen wij het advies, bij opneming voor orchidopexie de kinderen een warm bad te geven om alsnog te zien of men niet te maken heeft met retractiele testes; daarentegen missen wij de aanbeveling, aan de schoolarts resp. de C.B.-arts te vragen om gegevens over de ligging van de testes in een vroegere levensperiode, hetgeen