

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 declaratiestatistiek. 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

zoals hij in zijn inleiding terecht opmerkt van grote waarde kan zijn. In een zeer groot aantal gevallen zullen deze gegevens beschikbaar zijn: bijna alle kinderen in Nederland worden herhaaldelijk door consultatiebureau-arts en schoolarts onderzocht. Belangstelling uit de curatieve sector voor deze gegevens prikkelt de schoolartsen tot uiterste nauwkeurigheid bij de registratie; de wel eens geuite twijfel over de betrouwbaarheid en de daaruit voortvloeiende terughoudendheid bij het opvragen van deze inlichtingen kunnen daarentegen bij hen hoogstens frustrerend en remmend werken. Het organiseren en in stand houden van de preventieve jeugdgezondheidszorg — waarvan het longitudinale onderzoek een essentieel kenmerk is — kosten veel geld. Men doet het kind onrecht wanneer men dit voor de gemeenschap kostbare systeem niet op de juiste wijze laat benutten door een ieder die met dat zelfde kind te maken krijgt.

Aan ons onderzoek hebben wij destijds de conclusie verbonden dat gegevens over de situatie van de testes in de eerste levensmaanden zekerheid kunnen verschaffen bij het moeilijke onderscheid tussen cryptorchisme en retractiliteit. In het prospectief onderzoek dat nu opgezet wordt, hopen wij onder meer het belang aan te tonen van een goede registratie van de ligging der testes in de eerste levensperiode.

Literatuur: BORGHANS-DELVAUX, J. M., J. K. GEERAEDTS-FEUERBERG en L. I. NJO-TAN (1976) *T. soc. Geneesk.* 54, 386. — HOOGENDOORN, D. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1625. — VISSER, H. K. A. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1608.

Nijmegen, J. M. BORGHANS-DELVAUX
Ewijk, J. K. GEERAEDTS-FEUERBERG
Zuidwolde, oktober 1977 L. I. NJO-TAN

De collegae BORGHANS-DELVAUX, GEERAEDTS-FEUERBERG en NJO-TAN ben ik bijzonder dankbaar. Zij bevestigden het door mij voorzichtig geuite vermoeden.

Wijhe, november 1977 D. HOOGENDOORN

Toepassing en complicaties van corticosteroidtherapie

Ter aanvulling van het artikel van COST (1977) in dit Tijdschrift, waarin naar een literatuuroverzicht van ondergetekende (STAAL 1976) wordt verwezen, zou ik enkele opmerkingen willen maken.

1. Naar aanleiding van pagina 1515: acute meningo-encephalitis, abscessen en trauma werden in mijn literatuuroverzicht niet als indicatie voor corticosteroid-behandeling in de gebruikelijke dosering vermeld; althans werd grote twijfel aan het nut ervan geuit en werden deze „indicaties” met twee vraagtekens als uiterst onzeker in de tabel op pagina 791 van mijn artikel vermeld.

2. Sinds mijn artikel in 1976 dient de mening over het nut van corticosteroiden bij de paralyse van Bell mijns inziens gewijzigd te worden. Dit naar aanleiding van een onderzoek van MAY e.a. (1976).

In mijn literatuuroverzicht van 1976 werd reeds aangestipt dat in het onderzoek van ADOUR e.a. (1972) de behandelde en niet behandelde patiëntengroepen niet volledig vergelijkbaar waren. MAY e.a. (1976) toonden in een „controlled trial” aan dat prednison in de gebruikelijke dosering het spontane be-

loop van de paralyse van Bell niet wijzigde. Bovendien vestigden zij de aandacht op een aantal methodologische onjuistheden in ADOUR's onderzoek. Zij beëindigden hun artikel met de (door mij onderschreven) conclusie: „Bell's palsy remains without a proven efficacious treatment.”

Literatuur: ADOUR, K. K., J. WINGERD, D. N. BELL e.a. (1972) *New Engl. J. Med.* 287, 1268. — COST, W. S. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1508. — MAY, M., R. WETTE, W. B. HARDIN JR. e.a. (1976) *Laryngoscope (St Louis)* 86, 1111. — STAAL, A. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 786.

Rotterdam, oktober 1977

A. STAAL

De corrigerende aanvullingen van prof. STAAL van het artikel over corticosteroidtherapie (COST 1977) bieden een welkome gelegenheid enige toelichting te geven op de totstandkoming van dit algemene overzicht. Een dergelijk overzicht beoogt een globale indruk te geven van min of meer bewezen mogelijkheden. Voor toepassing in een concreet geval zijn de gedetailleerde kennis en het genuanceerde oordeel van de orgaanspecialist onontbeerlijk. Vandaar de serie gespecialiseerde artikelen die de inleiding hebben gevolgd, respectievelijk zullen volgen. Het artikel van prof. STAAL (1976) dat de redactie waarschijnlijk heeft geïnspireerd tot het bespreken van de corticosteroidtherapie in groter verband, was al gepubliceerd en kon dus slechts retrospectief worden opgevoerd.

In de literatuur over het zeer uitgebreide toepassingsgebied der corticosteroiden is het aantal plussen en minnen en vraagtekens groot en wisselend. Het strikte bewijs van werkzaamheid is vaak niet aanwezig en is soms ook nauwelijks te leveren. Dit geldt vooral voor acute, levenbedreigende aandoeningen waarbij steroïdtoediening slechts een onderdeel is van een heel pakket van therapeutische maatregelen. Het opstellen van een samenvatting van in de literatuur vermelde indicaties blijft daarom een hachelijke en arbitraire zaak, die niemand geheel zal bevredigen.

Wat betreft de opmerkingen van prof. STAAL:

1. Enkele uiteenlopende cerebrale aandoeningen (cerebrale abscessen, acute meningo-encephalitis, cerebraal trauma) werden aangehaald als boorbeelden van mogelijke oorzaken van hersenoedeem. Wanneer men deze complicatie opvat als onderdeel of als gevolg van een collaterale ontstekingsreactie, lijkt op theoretische gronden het proberen van adjuvante steroïdtoediening in bepaalde gevallen wel gerechtvaardigd. In het geval van oedeem ten gevolge van tumoren lijkt de theorie in de praktijk wel bewezen.

2. De tweede opmerking van prof. STAAL illustreert hoe snel meningen over corticosteroiden kunnen wisselen: een artikel uit 1976 blijkt in 1977 al niet meer up-to-date!

Literatuur: COST, W. S. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1508. — STAAL, A. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 786.

's-Gravenhage, november 1977

W. S. COST

De chirurg-oncoloog en de kwaliteit van het leven van zijn patiënten

Gaarne zou ik naar aanleiding van het artikel van GIEL c.s. (1977) enkele opmerkingen willen maken. De consequenties die volgens mij uit dit onderzoekverslag getrokken moeten worden, zijn vërreikend. Voor zover ik weet voor het eerst