

een storing in de energie-opname-energieverbruik-verhouding, op welke manier dan ook. M.a.w., gegeven de biochemische, fysiologische en psychologische constellatie van de vetzuchtige in die periode, eet of at hij te veel. Wegens het nagenoeg volslagen onbekend zijn van etiologische factoren is het uiteraard niet mogelijk hierop een therapie te baseren. Wat wel mogelijk is, is de energie-opname te beperken en (of) de energie-afgifte te verhogen.

Dat dit niet het uiteindelijke antwoord is, daarvan zijn de schrijvers ook overtuigd. Men hoeft slechts te letten op de vele recidieven bij obesitas. Helaas zijn er echter op het ogenblik geen andere therapieën die een rationele basis hebben.

Wageningen, december 1977

J. G. A. J. HAUTVAST  
C. W. GEERTS-VAN DER WEIJ  
T. J. J. M. THEUNISSEN

### *Stijgende frequentie van orchidopexie*

Naar aanleiding van het commentaar op mijn ingezonden stukje door de collegae HOOGENDOORN (1977) en VISSER (1977) zou ik graag nog enkele opmerkingen maken. Wanneer op grond van gegevens van de Stichting Medische Registratie een bepaald vermoeden ontstaat, zal uit een hierop gericht, zo mogelijk prospectief, onderzoek moeten blijken of dit vermoeden al dan niet juist is. Voordien kunnen aan een vermoeden geen consequenties worden verbonden. Als collega HOOGENDOORN mij uitnodigt om argumenten tegen zijn vermoeden naar voren te brengen keert hij de bewijslast om. De criteria die bij een (overigens te prijzen) „Medical Audit” gehanteerd worden, moeten berusten op feiten en niet op vermoedens.

De vraag van collega VISSER waarom ik het niet met hem eens ben de behandeling van retentio testis te concentreren in centra met full-time kinderchirurgen, wil ik graag beantwoorden. In het algemeen beschikken deze centra over de mogelijkheden om ernstig zieke patiënten zo goed mogelijk te behandelen (bv. baby- en kindercare). Ook patiënten die een intensieve voor- en nabehandeling in multidisciplinair verband vereisen, kunnen beter in een ziekenhuis met centrumfunctie behandeld worden. De capaciteit van het centrum moet echter niet gebruikt worden voor relatief eenvoudige behandelingen. De kans op beschadiging van de funiculus spermaticus tijdens herniotomie bij jongetjes is even groot als tijdens een orchidopexie. Beide operaties staan mijns inziens onderaan de lijst van behandelingen die om concentratie vragen.

Dat nieuwe technieken als een bedreiging worden gezien ben ik met collega VISSER niet eens. Juist in de geneeskunde wordt van nieuwe technieken gretig gebruik gemaakt. Veelal is het zelfs zo dat naarmate de ervaring met een bepaalde techniek toeneemt het indicatiegebied hiervoor beperkter blijkt te zijn dan aanvankelijk werd verondersteld. Met de computer leven doen wij al geruime tijd maar op de vraag hoe de geproduceerde gegevens gehanteerd moeten worden is nog lang niet altijd het juiste antwoord gevonden.

*Literatuur:* HOOGENDOORN, D. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1978. — VISSER, H. K. A. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1979.

Alkmaar, december 1977

H. R. HIEMSTRA

Het is mij zeer wel bekend dat het in de praktijk bijzonder moeilijk kan zijn cryptorchisme en-retractiele testes van elkaar te onderscheiden. In de door collega HIEMSTRA zo bekritiseerde mededeling heb ik op grond van beschikbaar gekomen cijfermateriaal getracht waarschijnlijk te maken dat hierbij soms fouten worden gemaakt. Vervolgens hebben de ingezonden stukken van de collegae BORGHANS-DELVAUX c.s. (1976, 1977) sterke steun gegeven aan mijn interpretatie van dat cijfermateriaal.

Het komt mij voor dat het een taak van de medische registratie is om ten behoeve van de kwaliteit van de gezondheidszorg op dergelijke zaken te attenderen. Vanzelfsprekend staat het collega HIEMSTRA volkomen vrij te twijfelen aan de validiteit van elk van de tot dusverre aangevoerde argumenten en ik ben gaarne bereid hierover met hem te discussiëren. Collega HIEMSTRA zal dan echter moeten meedelen op welke gronden zijn twijfel berust. Het lijkt in elk geval onjuist een uitnodiging tot het bekend maken van deze gronden uit te leggen als een poging de bewijslast om te keren.

*Literatuur:* BORGHANS-DELVAUX, J. M., J. K. GEERAERDTS-FEUERBERG en L. I. NJO-TAN (1976) *T. Soc. Geneesk.* 54, 386; (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1979 — HOOGENDOORN, D. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1625.

Wijhe, december 1977

D. HOOGENDOORN

### *Zeer vroege abortus provocatus*

Gaarne zou ik collega WIBAUT enkele vragen stellen n.a.v. het caput selectum (1977).

Collega WIBAUT stelt, dat vooral bij vrouwen bóven de 40 jaar, die medisch minder in aanmerking komen voor de combinatiepil, bij mislukken van traditionelere vormen van anticonceptie de „overtijdbehandeling” een bruikbare oplossing kan zijn.

Juist bij deze groep vrouwen komt echter een langere en onregelmatige cyclus veel voor. Mijns inziens kan propagieren van de „overtijdbehandeling” bij deze groep vrouwen dan ook leiden tot een enorme polypragmasie, of veel vroege zuigcuretages of een toenemende reeks van zwangerschapstests bij vermeend over tijd zijn. Bovendien is wel beschreven dat in het late climacterium, door het refractair worden van het ovarium, de hypofysaire gonadotrofinen een zodanige titer kunnen vertonen dat de zwangerschapstest hierdoor positief wordt. Ik hier geen eigen ervaring mee. Als dit zo is, is het uiterst gevaarlijk op een zwangerschapstest te varen, voordat klinisch tekenen van een zwangerschap aanwezig zijn.

Collega WIBAUT noemt behalve de oestrogenen bevattende orale anticonceptiva slechts het IUD en de sterilisatie. Wat is zijn mening over en ervaring met lynestrenol (Exluton) en medroxyprogesteron (Depo-Provera) bij vrouwen boven de 40 jaar, die verschillende risicofactoren t.a.v. de toediening van oestrogenen hebben?

*Literatuur:* WIBAUT, F. P. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1847.

Amsterdam, November 1977

J. KLOMP

Uit onderzoekingen van TIETZE (1963) bij condoomgebruikers en van MARSHALL e.a. (1972) bij oudere echtparen die periodieke onthouding toepasten is gebleken, dat misluk-

king van de methode veel minder optreedt indien het gezin als voltooid beschouwd wordt. De ervaring met IUD-gebruiksters in het climacterium leert dat slechts weinigen zich bij een langere cyclus direct ongerust maken over een eventuele zwangerschap. Juist in deze leeftijdsklasse hebben de meeste vrouwen een bijna feilloze zekerheid of het overtijd zijn betekent dat ze zwanger zijn of niet. Al staat hier tegenover dat situaties waarbij de vrouw en haar dokter pas als zij à terme is, merken dat het toch niet de overgang was, vaker dan legendarisch voorkomen.

Het lijkt mij eerder „uiterst gevaarlijk” op deze klinische tekenen van zwangerschap te wachten dan bij een zeer zelden optredende fout-positieve zwangerschapstest een overbodige zuigcurettagage uit te voeren. Ik meen collega KLOMP wat betreft haar vrees voor „een enorme polypragmasie” te kunnen geruststellen: zuigcurettagages dienen zoals ik in mijn artikel stelde, uitsluitend bij een positieve zwangerschapstest te worden verricht; het eventueel vaker uitvoeren van zwangerschapstests bij vrouwen met een verlengde cyclus is geruststellend en dus heilzaam voor de betrokkenen.

Collega KLOMP wijst terecht op medroxyprogesteron als alternatief anticonceptivum zonder oestrogenen. Bij goede controle van gewicht en bloeddruk is dit middel zeer geschikt voor vrouwen boven de 40. Het soms optredende bezwaar van dyspareunie ten gevolge van een droge vagina kan door lokale toediening van oestrogenen (bv. in een zalf) worden opgeheven.

De meest voorkomende klachten met lynestrenol betreffen naar mijn ervaring vooral het bloedingspatroon. Zowel spotting als amenorroe komt vrij vaak voor. Daarom lijkt mij dit middel juist in het preclimacterium minder aangewezen.

*Literatuur:* MARSHALL, J. en B. ROWE (1972) *Fertil. and Steril.* 23, 417. — TETZE, C. (1963) The condom as a contraceptive. In: *Advances in sex research*. Harper and Row, New York.

Amsterdam, december 1977

F. P. WIBAUT

## Patiënten met een kliervergroting

De klinische les van WAGENER (1977) geeft ons aanleiding tot enig commentaar en enkele aanvullingen.

1. De uitspraak, dat klieren hoog in (bedoeld is waarschijnlijk onder) de kaakhoeken en mid-cervicaal meestal onschuldig zijn, kan gemakkelijk aanleiding tot misverstand geven. Bij volwassenen zijn dit bij uitstek de plaatsen waar kliermetastasen van maligne tumoren in het hoofd-halsgebied zich plegen te manifesteren. Ook de achterste halsdriehoek (begrensd door de voorrand van de musculus trapezius, de clavicula en de achterrand van de musculus sternocleidomastoideus) is een gebied waar metastasen van hooggelegen farynxtumoren nogal eens tevoorschijnkomen. Dat bij kinderen met een chronische adenoiditis zeer vaak lymfoompjes in de achterste halsdriehoek palpabel zijn, wijst er al op dat dit gebied een belangrijke rol speelt in de lymfogene drainage van de nasofarynx.

Maligne tumoren van de neuskeelholte zijn berucht om de hoge frequentie van cervicale metastasen als eerste symptoom. Dit is in circa 40% van alle nasofarynxmaligniteiten het geval (THEMANS 1970). Bekendheid met het verband tussen deze symptomen en de mogelijke oorzaak bevordert de vroege diagnostiek van tumoren van de neuskeelholte.

2. Omdat de meeste halszwellingen (met uitzondering van

supraclaviculaire klieren en zwellingen van de schildklier) hun oorsprong vinden in het K.N.O.-gebied, moeten dergelijke patiënten in eerste instantie worden verwezen naar de K.N.O.-arts. WAGENER wijst terecht op de noodzaak van een nauwkeurig K.N.O.-onderzoek bij alle zwellingen in de hals, hetgeen moet gebeuren voordat de zwelling zelf diagnostisch wordt geattaqueerd. Bij een voor maligniteit verdachte klierzwelling zal de primaire tumor in veel gevallen reeds bij het eerste onderzoek worden gevonden, waardoor de verdere diagnostiek meer gericht kan worden uitgevoerd.

3. De diagnostische punctie van zwellingen in de hals voor cytologisch onderzoek is een veilige en betrouwbare methode. DE JONG en BLONK (1977) hebben daar in een recente publikatie op gewezen en hebben bovendien vastgesteld dat de kans op entmetastasen ten gevolge van deze punctie nagenoeg nihil is. Heel anders ligt dat met de chirurgische excisiebiopsie, althans voor wat betreft kliermetastasen van tumoren in het hoofd-halsgebied. Reeds in 1961 heeft MARTIN erop gewezen dat de „spill” van tumorcellen, die bij een dergelijke diagnostische excisiebiopsie optreedt, de prognose voor de patiënt belangrijk verslechtert. Zijn bevindingen zijn door latere onderzoekers bevestigd. Dit houdt in dat een chirurgische excisiebiopsie niet past in het primaire diagnostische programma van zwellingen in de hals. Pas wanneer andere diagnostische mogelijkheden uitgeput zijn, komt deze methode in aanmerking. Tijdens de operatie (die onder algemene narcose moet worden uitgevoerd) kan vriescoupe-onderzoek worden verricht. Bij voor carcinoom positieve uitslag dient de operatie te worden uitgebreid tot een totaal halskliertoilet („radical neckdissection”), hetgeen betekent dat de patiënt van deze mogelijkheid op de hoogte moet zijn en dat deze operatie moet passen in het van tevoren opgesteld therapieplan. Slechts op deze wijze is het mogelijk maligne materiaal uit de hals te verwijderen, zonder de kansen van de patiënt op volledige genezing te verslechteren. Met de zich steeds verfijnende cytologische diagnostiek is de laatste jaren de noodzaak van een excisiebiopsie overigens aanzienlijk gedaald.

*Literatuur:* JONG, P. C. DE en E. I. BLONK (1977) In: *Ontwikkelingen in de onkologie van het hoofd-halsgebied*. Rapport Nederlandse Keel-neus-oorheelkundige Vereniging en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied. — MARTIN, H. (1961) *Amer. J. Surg.* 102, 17. — THEMANS, H. H. (1970) *Maligne nasofaryngeale neoplasmata*. Proefschrift Amsterdam. — WAGENER, D. J. TH. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 657.

Leiden, april 1977

W. A. DANKBAAR  
G. J. HORDIJK  
P. H. SCHMIDT

De collegae DANKBAAR c.s. brengen enkele punten naar voren, welke als waardevolle aanvullingen kunnen worden beschouwd. Ik ben hun vooral dankbaar voor de waarschuwing, dat klieren onder de kaakhoek en midcervicaal een uiting kunnen zijn van een metastasering vanuit een tumor in het keel-neus-oorgebied. Desalniettemin zijn gelukkig klieren hoog in de hals niet altijd een uiting van maligniteit en in de praktijk blijft mijn formulering bruikbaar, waarin ik stelde, dat klieren hoog- en mid-cervicaal, die vast aanvoelen en gefixeerd of asymmetrisch zijn, als zeer verdacht moeten worden beschouwd.

Nijmegen, januari 1978

D. J. TH. WAGENER