

*Ned. T. Geneesk.* 119, 697. — LINCLAU, L. A. en A. J. TONINO (1974) *Arch. chir. neerl.* 26, 169; (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 1452. — MALININ, T. I., H. L. ROSOMOFF en C. H. SUTTON (1977) *Surg. Neurol.* 7, 249. — MARTI, R. en R. SPRING (1975) *Bone grafting using homologous cancellous bone*, bl. 110. (Int. congress series, 377.) Excerpta Medica, Amsterdam. — RISH, B. I., J. T. MCFADDEN en J. O. PENIX (1976) *Surg. Neurol.* 5, 119. — SCHNEIDER, J. R. en R. W. BRIGHT (1976) *Transpl. Proc.* 8, 73. — SWART, J. G. N., L. FEENSTRA, H. PONSSSEN e.a. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1421. — TONINO, A. J. en L. A. LINCLAU (1974) *Arch. chir. neerl.* 26, 131. — URIST, M. R., B. F. SILVERMAN, K. BÜRING e.a. (1967) *Clin. Orthop.* 53, 243. — URIST, M. R. en B. S. STRATES (1971) *J. dent. Res.* 50, 1392. — VERBEEK, O. en M. J. KINGMA (1973) *Reconstructive surgery of the long bones with autogenous and homogenous grafts*. Stenfert Kroese, Leiden.

Amsterdam, augustus 1979

L. A. LINCLAU

Het schrijven van dr. LINCLAU, waarvoor wij hem bij deze graag willen bedanken, geeft aanleiding tot het volgende commentaar.

Het is niet de bedoeling geweest met onze publikatie over het botvervangingsmateriaal gesinterd tricalciumfosfaat, het gebruik van geconserveerd homoloog bot als implantatiemateriaal in een ongunstig daglicht te stellen. Met de constatering, dat „geconserveerd homoloog bot helaas niet de kwaliteiten van vers autoloog bot bezit”, wordt slechts de overheersende mening in de literatuur weergegeven (BROOKS en HUDSON 1920; BUSH en GERBER 1948; HAY 1954; BONFIGLIO 1958; CARNESALE en SPANKUS 1959; HOLMSTRAND 1959; HEIPLE e.a. 1963; RAY 1972). Homoloog bot is immers lichaamsvreemd materiaal, terwijl autoloog bot lichaamseigen materiaal is. Het lichaamsvreemde homologe bot zal onafhankelijk van de wijze waarop het is geconserveerd, als vreemd lichaam worden ervaren met een dienovereenkomstige reactie daarop. Dit uit zich in hogere misluktingspercentages bij het gebruik van homoloog bot. BUSH en GERBER (1948) vonden bij het gebruik van vers autoloog bot 15% mislukkingen, terwijl dit percentage voor homoloog materiaal 23 bedroeg. Ook CARNESALE en SPANKUS (1959) vonden soortgelijke percentages mislukkingen, nl. 12 bij autoloog bot en 23 bij homoloog bot. Gevriesdroogd homoloog bot blijkt dan ook volgens het overzicht van BURCHARDT en ENNEKING (1978) ten opzichte van vers autoloog bot de volgende nadelen te bezitten: (1) de cellulaire vreemd-lichaamreactie blijkt minder dan bij vers homoloog bot maar houdt soms 7 maanden lang aan; (2) bij het gebruik ervan treden afstotingsreacties op van huidtransplantaten bij proefdieren; (3) drooggevroren corticospongieuze homologe botimplantaten wekken cytotoxische antistoffen op; (4) revascularisatie van gevriesdroogd homoloog bot blijkt ten minste 1 maand vertraagd te zijn ten opzichte van autoloog bot; (5) bevriezing verstoort de vroege osteogenese-piek en heeft een ongunstig effect op de hoeveelheid en het optreden van nieuwe botvorming en callusformatie; (6) gefractureerde implantaten blijken gewoonlijk niet aan elkaar te groeien; (7) de mechanische eigenschappen van bot worden door het vriesdrogen in ongunstige zin beïnvloed waardoor eerder fracturen kunnen optreden.

Voor de verhoging van de processus alveolaris is geconserveerd homoloog bot ook minder geschikt omdat het sneller wordt geresorbeerd dan autoloog bot (THOMPSON en CASSON 1973). Over het bot-inducerend vermogen van calciumtrifosfaat, dat zoals dr. LINCLAU opmerkt op theoretische

gronden niet voor zou komen, kan worden opgemerkt dat GROWER e.a. (1973) hebben vastgesteld, dat bio-degradeerbaar calciumtrifosfaat een actieve rol kan spelen bij de botgenezing door de afgifte van calcium- en fosforionen, waardoor een botaanmaak stimulerende werking zeker niet is uitgesloten.

*Literatuur:* BONFIGLIO, M. (1958) *J. Bone Jt Surg.* 40A, 446. — BROOKS, B. en W. H. HUDSON (1920) *Arch. Surg.* 1, 284. — BURCHARDT, H. en W. F. ENNEKING (1978) *Surg. Clin. North Amer.* 58, 403. — BUSH, L. F. en C. A. GERBER (1948) *J. Amer. med. Ass.* 137, 558. — CARNESALE, P. L. en J. D. SPANKUS (1959) *J. Bone Jt Surg.* 41A, 887. — GROWER, M. F., M. HORAN, R. MULLER e.a. (1973) *I.A.D.R. Abstracts* nr. 407. — HAY, B. M. (1954) *J. Bone Jt Surg.* 36B, 681. — HEIPLE, K. G., S. W. CHASE en C. H. HERNON (1963) *J. Bone Jt Surg.* 45A, 1593. — HOLMSTRAND, K. (1959) *Acta orthop. scand.* 28, suppl. 26, 1. — RAY, R. D. (1972) *Otolaryng. Clin. North Amer.* 5, 389. — THOMPSON, N. en J. A. CASSON (1970) *Plast. reconstr. Surg.* 46, 341.

Amsterdam, oktober 1979

J. G. N. SWART

### Alcohol en urologie

In zijn klinische les beschrijft collega SCHOLTMEIJER (1979) enige leefregels die aan patiënten met geringe klachten van prostaathypertrofie voorgeschreven kunnen worden; hieronder: het vermijden van coitus prolongatus.

Als aankomend huisarts vraag ik mij af hoe collega SCHOLTMEIJER zich een dergelijk advies in de praktijk voorstelt. De meeste oudere mannen zullen wel een wat vergrote prostaat hebben. Moet ik nu, omdat ooit een acute urineretentie is beschreven bij een lichte prostaathypertrofie, al deze mannen profylactisch adviseren voortaan alleen nog maar vluggertjes te maken? Een dergelijk advies is makkelijker voorgeschreven dan in praktijk opgevolgd. Dank zij MASTERS en JOHNSON (1966) weten we dat op de oude dag de erectie wat trager ontstaat, de plateaufase langer duurt, de ejaculatiedrang afneemt en de refractaire periode toeneemt. Dit zijn overigens fysiologische veranderingen zoals ook het hardlopen op deze leeftijd wat minder snel gaat. Maar al te gemakkelijk kunnen deze veranderingen echter geïnterpreteerd worden als voortekenen van het naderende einde van de seksuele functies; deze functies worden op deze leeftijd toch al bedreigd door ziekten, involutieproblematiek e.d. van de man en diens partner. Het passen gaat wat moeilijker en ook dit wordt gemakkelijk geassocieerd met de seks. De arts zal in deze situatie de patiënt het minimale verschil tussen coitus prolongatus en de coitus op de oude dag wel zeer goed duidelijk moeten kunnen maken wil deze leefregel niet in een feitelijk coitusverbod onttaarden. Dit betekent echter niet dat de man dan niet meer seksueel opgewonden raakt en het is juist de aanhoudende niet bevredigde seksuele opwinding die de door SCHOLTMEIJER gevreesde congestie van het blaashalsgebied doet voortbestaan. Moet ik mijn patiënten dan ook maar verbieden seksueel geprikkeld te raken?

De door SCHOLTMEIJER aangehaalde castrerende leefregel bevestigt een aantal misverstanden over de relatie seks en prostaat en vestigt een aantal nieuwe. De arts doet er beter aan bij geringe klachten over prostatisme de angsten en verwachtingen t.a.v. de seksualiteit te exploreren en feitelijke voorlichting te verstrekken. Deze exploratie en informatie worden dwingend geïndiceerd indien het tot een prostaatoperatie dreigt te komen.

Bij de in Nederland gebruikelijke operatieroutes zijn organisch veroorzaakte erectiestoornissen een zeldzaamheid: wel ontstaat er in de regel een retrograde ejaculatie. Indien de man en zijn partner hierop niet zijn voorbereid kan dit onverwachte droogstaan zo'n krenking zijn dat anorgasmie en erectiestoornissen het gevolg zijn. ZOHARR e.a. (1976) gaven de helft van hun patiënten preoperatief uitvoerige (7 minuten tijd kostende) informatie; na de operatie bleven de seksuele functies ongewijzigd. Van de patiënten die deze informatie moesten ontberen werd ca. 60% na de operatie blijvend impotent en had 25% aanvankelijk met seksuele moeilijkheden te kampen. Juist de patiënten die hun zorgen en angsten over de operatie en haar gevolgen ontkenen bleken een risicogroep.

Behalve het vermijden van de coitus prolongatus verdienen ook enige andere leefregels een bespreking. De frequentie van acute urineretentie bij patiënten met een geringe prostaathypertrofie moet wel aanzienlijk zijn indien we deze patiënten de coitus prolongatus, het pilsje en een feestmaaltijd bij familiefeestjes e.d. willen ontzeggen. Informatie bij een tiental huisartsen bevestigde echter mijn vermoeden dat acute urineretentie bij geringe prostaatisme in deze praktijken nog niet zijn voorgekomen. Het advies voor een regelmatige lediging van de blaas zorg te dragen volstaat kennelijk in de huisartsenpraktijk. Ik acht het niet ondenkbaar dat acute urineretentie bij geringe prostaathypertrofie uitsluitend onder buitengewone omstandigheden optreedt. Tijdens een ziekenhuisopname bijvoorbeeld, waar je niet te veel rond (in de weg) mag lopen, waar je niet lastig wil wezen, dus niet ieder moment om de po wil vragen en waar een coitus prolongatus onmogelijk is maar seksuele opwinding niet.

*Literatuur:* MASTERS, W. H. en V. E. JOHNSON (1966) *Human sexual response*. — SCHOLTMEIJER, R. J. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1225. — ZOHARR, J., D. MEIRAZ, B. MAOZ e.a. (1976) *J. Urol. (Baltimore)* 116, 332.

Amsterdam, augustus 1979

P. WIBAUT

Collega WIBAUT licht één aspect uit het pakket van leefregels dat aan een patiënt met lichte prostaathypertrofie en geringe klachten kan worden aangeboden. Behalve de

coitus prolongatus, waarbij getracht wordt het orgasme zoveel mogelijk naar later tijdstip te verschuiven, kent hij het vluggertje en gaat aan de normale coitus voorbij. Dat bij een wat oudere man het orgasme iets later zal optreden is geen onbekend verschijnsel, doch mag niet tot de coitus prolongatus worden gerekend.

Uiteraard dient de arts het essentiële verschil tussen de coitus prolongatus en de normale coitus op de oude dag aan de patiënt duidelijk te maken. Het lijkt mij een verkeerde veronderstelling daaruit te concluderen dat het misschien beter zou zijn de patiënt te verbieden seksueel geprikkeld te raken.

Waarom de, in de klinische les genoemde leefregel, een castrerende leefregel zou zijn is mij niet duidelijk, evenmin is mij bekend op grond van welke onderzoeken zulks gebleken is. Juist door een goede voorlichting van de patiënt met prostaatlijden, zowel in geval conservatief als operatief wordt behandeld, kan veel misverstand en leed worden voorkomen. De frequentie van acute urineretentie bij patiënten met een geringe prostaathypertrofie zal inderdaad aanzienlijker zijn als deze patiënten geregeld coitus prolongatus toepassen, zich geregeld aan bier te buiten gaan en aan vele feestmaaltijden aanzitten. Aangezien vrijwel niemand hiertoe in staat of in de gelegenheid is, valt het gelukkig met de frequentie van acute urineretentie nog wel mee. Wel valt op dat rondom feestdagen, zoals de kerstdagen, in de klinieken meer patiënten worden gezien met acute urineretentie.

Ten aanzien van de laatste zinsnede van collega WIBAUT moge ik opmerken dat mannen, die in een ziekenhuis zijn opgenomen, en geïmmobiliseerd zijn, het urinaal altijd onder handbereik hebben. De meeste mannen zijn daarbij in staat om dit urinaal onmiddellijk te grijpen als zij mictiedrang voelen. Slechts in geval van een bijzondere toestand zoals direct postoperatief zal de patiënt hiertoe niet in staat zijn en is er inderdaad een grote kans op urineretentie bij een patiënt die enige prostaathypertrofie heeft.

Overigens treden acute urineretenties bij geringe prostaathypertrofie niet uitsluitend onder buitengewone omstandigheden op, doch kunnen ook als een donderslag bij heldere hemel voorkomen.

Rotterdam, september 1979

R. J. SCHOLTMEIJER

## BERICHTEN

### *Buitenland*

#### EGYPTE

*Aswandam begunstigt verspreiding Schistosoma mansoni.* — In 1935 werd in een dorp in de Nijldelta een bevolkingsonderzoek gedaan naar de besmetting met *Schistosoma*. Men vond 74% besmet met *S. haematobium* en 3,2% met *S. mansoni*. In 1979 bleek dat *S. mansoni* (73%) de leidende rol van *S. haematobium* (2,2%) had overgenomen. Deze verandering wordt door de onderzoekers M. F. ABDEL-WAHAB e.a. (*Lancet* (1979) II, 242) toegeschreven aan de wijziging van het stroompatroon van de Nijl als gevolg van de aanleg van de nieuwe hoge Aswan-stuwdam. De stabilisatie van het waterniveau is gunstig voor de ontwikkeling van de slakken (*Biomphalaria* sp.) die tussengastheer zijn in de ontwikkelingscyclus van *S. mansoni*, terwijl het wisselend patroon van hoog en laag water juist gunstig was voor de slakken (*Bulinus* sp.) die *S. haematobium* overbrengen. De verhouding tussen beide slakkesoorten

bleek gewijzigd van 1 : 10 naar 26 : 1. Deze verandering is er een ten kwade aangezien de infectie met *S. mansoni* ernstiger verloopt, o.a. meer stoornissen van de lever veroorzaakt en moeilijk is te behandelen. Men verwacht dan ook in de toekomst een toename van het aantal patiënten met leverfibrose. De latentietijd hiervan bedraagt 10-15 jaar. De schrijvers vrezen dat het beste geneesmiddel, oxamniquine, te duur zal blijken om de 12-15 miljoen besmette Egyptenaren hiermee te kunnen behandelen.

#### VERENIGDE STATEN

*De artsen en de ontwikkeling van de medische ethiek.* — In een inleiding tot een nieuwe rubriek „Clinical Ethics” in de *Archives of internal Medicine* (1979, 139, 914) uit M. S. SIEGLER zijn bezorgdheid over het gebrek aan deelneming van de artsen aan de ontwikkeling van biomedical ethics (BME). De BME houdt zich voornamelijk bezig met vraagstukken van publieke aard zoals DNA-manipulaties, verzekeringsgeneeskunde, proeven op mensen, toevoeging