

McLAUGHLIN, A. P., D. L. McCULLOUGH, W. S. KERR e.a. (1972) *J. Urol. (Baltimore)* 107, 940.
ROTH, J. A. en R. B. RUTHERFORD (1971) *Surg. Gynec. Obstet.* 133, 637.
SOLER, J., H. MULLER en T. J. KENNEDY (1976) *J. Amer. Coll. Emergency Phycns* 5, 609.

WANGENSTEEN, S. L., J. D. DE HOLL, R. M. LUDEWIG e.a. (1969) *Ann. Surg.* 170, 187.

WANGENSTEEN, S. L., R. M. LUDEWIG en D. W. EDDY (1968) *Surgery* 64, 922.

December 1979

BRIEVEN AAN DE REDACTIE

Haldol is geen tranquillizer

DR. A. C. LIT, TE ZEIST

De Commissie Voorlichting Prijzen Geneesmiddelen geeft periodiek vergelijkende informatie over de kosten van een groep geneesmiddelen. In aflevering 83 van april 1980, handelende over de psychopharmaca, prijkt tot mijn grote verbazing Haldol (haloperidol) onder de rubriek tranquillizers.

Ongerust geworden raadpleegde ik het door de Nederlandse Associatie van Farmaceutische Industrieën uitgegeven *Repertorium* en ook daar staat op bladzijde 40 Haldol vermeld, nota bene in twee categorieën: als polyvalent neurolepticum en dat is juist, maar ook als polyvalente tranquillizer en dat is in ernstige mate misleidend. Ik begrijp nu waarom mensen met een aantal lichte depressies en nerveuze toestanden, vooral ouderen door de huisarts behandeld met een in het *Repertorium* aangekondigde tranquillizer, toenemend depressief worden en zelfs Parkinsonverschijnselen ontwikkelen: zij krijgen Haldol! Het komt voor dat de Parkinsonverschijnselen worden behandeld met een preparaat dat levodopa bevat en dan is met recht de narigheid niet te overzien.

Haldol is een voortreffelijk geneesmiddel maar aléén in de handen van psychiaters die alle indicaties en contra-indicaties kennen en weten dat Haldol geen tranquillizer is maar een krachtig neurolepticum, in staat om ernstige psychotische verschijnselen te bestrijden maar ook snel leidend tot extrapiramidale complicaties. Het is gevaarlijk om dit middel als tranquillizer aan te kondigen en ik pleit ervoor, dat zowel de bovengenoemde commissie als Nefarma dit op opvallende wijze corrigeert.

Mei 1980

Verwarring en misleiding gaan bij de nomenclatuur van de psychopharmaca hand in hand: Terwijl in Europa de fenothiazinen (chloorpromazine en verwante verbindingen) en de butyrofenonen (haloperidol etc.) meestal worden aangeduid met de oude Franse term neuroleptica (afgeleid van ten dele onbewezen theorieën betreffende de lokalisatie van het werkingsme-

chanisme), wordt in de Anglo-Amerikaanse literatuur veelal de misleidende term „major tranquillizer” gebruikt (HOLLISTER 1978). Beter ware het om met HOLLISTER van deze verwarrende terminologie af te stappen en van „antipsychotica” te spreken, een term die het Franse begrip „neuroleptique incisif” dekt. Het is inderdaad verwarrend en misleidend dat voor het spécialité Haldol twee verschillende bijsluiterteksten in omloop zijn: De ene die alle verhandelde vormen dekt, beschrijft Haldol als een „polyvalent neurolepticum”, de andere die bij de capsules van 0,5 mg wordt gevoegd, spreekt van een „polyvalente major tranquillizer”, doch het doseringsvoorschrift in deze tekst spreekt over het gebruik van druppels bij kinderen! De term „polyvalent” is nietszeggend en misleidend, en is bovendien bij vergelijking met de fenothiazinen onjuist. Ik ben het met collega LIT eens dat de fabrikant met spoed zal moeten streven naar een éénvormige, psychofarmacologisch en terminologisch adequate bijsluitertekst voor alle vormen van dit geneesmiddel.

Haloperidol is in deskundige handen een zeer werkzaam en nuttig geneesmiddel voor de behandeling van schizofrenie, vooral bij patiënten met acute manische symptomen, wanen en isolatieneiging. Ook bij andere ernstige psychotische syndromen die gepaard gaan met motorische onrust is het van groot nut. Het is onder bepaalde voorwaarden misschien van waarde als anti-emeticum en voor de behandeling van stotteren en persisterende singultus. Het is beslist onbruikbaar bij psychotische depressie of bij de behandeling van neurosen. Het heeft een hogere affiniteit t.o.v. het extrapiramidale systeem dan de fenothiazinen, zodat bij doseringen boven 30 mg per dag vaak combinatie met anti-Parkinsonmiddelen noodzakelijk is (VAN PRAAG 1977; BOCHNER e.a. 1980). Een duidelijke plaatsbepaling van dit middel is, zoals door collega LIT wordt aangegeven, zonder meer mogelijk; het laten vervagen van de grenzen van het op goede wetenschappelijke gronden afgebakende indicatiegebied, hetgeen in de hand gewerkt door het toevoegsel „polyvalent”, brengt inderdaad grote risico's voor de patiënt met zich mee.

BOCHNER, F., G. CARRUTHERS, J. KAMPMANN e.a. (1980) *Klinisch-farmacologisch handboek*. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht.

HOLLISTER, L. (1978) *Clinical pharmacology of psychotherapeutic drugs*. Churchill/Livingstone, New York.
PRAAG, H. M. VAN (1977) *Psychofarmaca*. Van Gorcum, Assen.

Amsterdam, juni 1980

L. OFFERHAUS

VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

De kans op maligne ontaarding van de niet ingedaalde testis

Vraag 28. De gemiddelde morbiditeit van testicarcinoom in Kopenhagen bedroeg 6,3 per 100.000 mannen in de periode 1958 tot 1962. Het is reeds lang bekend, dat in niet ingedaalde testikels de kans op maligne ontaarding vergroot is; de kans wordt door orchidopexie niet verkleind. In Kopenhagen wordt thans een onderzoek verricht bij mannen die in hun jeugd cryptorchisme hebben gehad (KRABBE e.a. 1979). Na verkregen toestemming werd bij 50 mannen in de leeftijd van 18-35 jaar testisbiopsie verricht. Bij 4 hunner werd carcinoma in situ vastgesteld.

Artsen van de jeugdgezondheidszorg hebben vaak te maken met kinderen en adolescenten bij wie cryptorchisme bestaat; zij volgen hen en verwijzen hen tijdig voor behandeling. Omdat de 16-20-jarigen buiten hun bereik komen, dringt de vraag zich op of zij moeten wijzen op de kans op maligne ontaarding en de jonge mannen moeten adviseren zich op een bepaalde leeftijd (welke?) te laten controleren door de uroloog.

Literatuur: KRABBE, S. e.a. (1979) *Lancet* I, 999.

Antwoord. Inderdaad bericht men in de literatuur over een verhoogde kans dat een niet ingedaalde testikel maligne degenerereert; hoe groot die kans is staat nergens vermeld. Op de „Convivial Paediatric Urology Meeting” stelde WHITAKER dat een al of niet operatief in het scrotum gebrachte geretineerde testikel ca. 30 maal zo grote kans op maligne degeneratie heeft als een wel normaal ingedaalde testikel. Hij berekende dat een man, die in zijn jeugd een orchidopexie heeft ondergaan, gedurende zijn gehele leven een kans van 1 op 30 heeft op een maligne degeneratie van zijn testikel. Het is echter niet onwaarschijnlijk dat, als orchidopexie voor het zesde levensjaar wordt verricht, de kans dat deze testikel maligne zou ontaarden aanzienlijk geringer is, en waarschijnlijk even groot als de kans op maligne degeneratie in een binnen normale tijd ingedaalde testikel.

Het in Kopenhagen verrichte onderzoek geeft ernstig te denken, maar is te weinig uitgebreid om daaruit de conclusie te trekken dat de kans om na cryptorchismus een testistumor te krijgen op 8% moet worden gesteld. Uit dit artikel blijkt dat de vier patiënten bij wie een testistumor werd gevonden orchidopexie hadden ondergaan na de leeftijd van 12 jaar. Uit het artikel blijkt eveneens dat er een verschil is wat betreft

het voorkomen van testistumoren in Denemarken en in Nederland, nl. resp. 6,3 testistumoren per 100.000 mannen in Denemarken per jaar tegenover 2 à 3 testistumoren per 100.000 mannen in Nederland per jaar.

Het aantal maligne testistumoren in niet ingedaalde testikels varieert in de literatuur van 3,6% tot 11,6%. Een exact getal ontbreekt, waardoor een berekening van de kans op maligne ontaarding bijzonder moeilijk is. Als men stelt dat de kans op een testistumor bij een cryptorchisme 30 à 40 maal zo groot is als bij een normaal ingedaalde testis, dan betekent dit, uitgaande van het feit dat er in Nederland per 100.000 mannen drie testistumoren per jaar worden gevonden, dat dit gelijk zou kunnen worden gesteld aan 90 tot 120 testistumoren per 100.000 cryptorchische mannen, dat wil zeggen 0,09% tot 0,12%.

Bovendien moet men zich realiseren dat het percentage mannen bij wie een echte indalingsstoornis van de testikel bestaat, nog geen 1 is. Bij het zeer geringe aantal testistumoren dat per jaar in Nederland wordt ontdekt, zal het aantal testistumoren bij mannen die orchidopexie hebben ondergaan bijzonder klein zijn. Uit hoofde hiervan lijkt het advies om zich na het 16e tot 20e levensjaar door een uroloog te laten controleren in het algemeen gesproken niet noodzakelijk. Wel is het aan te bevelen om deze categorie van jongemannen te wijzen op het doen van „zelfonderzoek”, zoals dat nu ook voor het mammegezwel bij vrouwen gepropageerd wordt, en hen te doordringen van de noodzaak om zich bij elke verandering in het scrotum zo snel mogelijk deskundig te laten onderzoeken.

Zal symphysiolyse ook bij een volgende zwangerschap ontstaan?

Vraag 29. Hoe lang moet de vrouw na symphysiolysis wachten alvorens opnieuw zwanger te mogen geraken? Is het te verwachten dat symphysiolysis zich bij een volgende zwangerschap zal herhalen? Ter verduidelijking: bij een van mijn patiënten werd een symphysiolysis röntgenologisch vastgesteld enige tijd na de bevalling; patiënte hield lange tijd klachten. Thans overweegt zij weer zwanger te worden.

Antwoord. In de zwangerschap ontstaan gewoonlijk een verweking en verwijding van de symphysis pubis en van de sacro-iliacale gewrichten. Bij een klein deel van de zwangeren geeft dit aanleiding tot