

Maldescensus testis

Het artikel van LELIEFELD en LUTZEYER (1980) werd reeds van commentaar voorzien door MOLENAAR en SCHOLTMEIJER (1980). Na het commentaar van de kinderchirurg en kinderuroloog een aanvullende opmerking van de kinderarts-endocrinoloog.

Over de behandeling van de patiënt met niet-ingedaalde testis (testes) bestaat in de literatuur geen overeenstemming. In de Angelsaksische literatuur wordt de laatste jaren opvallend weinig over het onderwerp gepubliceerd. De hormonale behandeling met humaan choriogonadotropine (HCG) wordt in de Engelstalige landen vrijwel niet toegepast. In de Westeuropese literatuur zijn de afgelopen jaren enkele boeken over „cryptorchidism” verschenen (BIERICH en GIAROLA 1979; JOB 1979) met een groot aantal artikelen waarin op bijna dogmatische wijze een standpunt wordt verdedigd.

Hoewel enkele vervolgstudies van patiënten na hormonale en (of) chirurgische behandeling zijn gepubliceerd (met zeer uiteenlopende resultaten) zijn tot nu geen vervolgstudies na vroegtijdige behandeling bekend. Met name ontbreken gegevens over de fertiliteit op langere termijn en van patiënten bij wie pathologisch-anatomisch en hormonaal onderzoek voor en tijdens behandeling op zeer jeugdige leeftijd is verricht.

Er zijn goede aanwijzingen dat de endocriene samenhang tussen hypothalamus-hypofyse en testes gestoord is bij sommige patiënten met niet-ingedaalde testes. GENDREL e.a. (1979) vonden lagere plasma-testosteronspiegels bij jongens met niet-ingedaalde testes in de leeftijdsgroep van 0-3 maanden, vergeleken met normale controles. Bij jongens met niet-ingedaalde testes in het eerste levensjaar en op oudere leeftijd tot in de puberteitsperiode, was de stijging van luteotroop hormoon (LH) in plasma na stimulering met het „releasing” hormoon (LH-RH) significant geringer dan bij normale controles. Vanaf het eerste levensjaar tot puberteitsstadium 3 was ook de basale LH-plasma spiegel duidelijk lager. Verder bleek de stijging van het plasma-testosteron na toediening van HCG (3 injecties van 1.500 I.U.) significant geringer vergeleken met normale controles. Deze en andere onderzoeken wijzen in de richting van primaire LH-deficiëntie gevolgd door onvoldoende testosteronproductie door de testes in het eerste levensjaar. Vele onderzoekers nemen tegenwoordig aan dat voor de indaling van de testes een lokale werking van testosteron belangrijk is.

„Maldescensus testis” is een heterogene groep aandoeningen, zowel op grond van klinische presentatie als van pathogenese. De klinische differentiatie van de verschillende vormen van maldescensus testis is vaak moeilijk. Cryptorchidisme kan samengaan met vele afwijkingen en syndromen. Primaire LH-deficiëntie zal dan ook slechts bij een gedeelte van de patiënten de oorzaak zijn. Nadere pediatriesch-endocrinologische evaluatie dient vooraf te gaan aan eventuele hormonale of chirurgische behandeling. Het is mogelijk dat op grond van zulk onderzoek hormonale behandeling (substitutie-therapie?) op zeer jeugdige leeftijd te overwegen is.

De door LELIEFELD en LUTZEYER in hun *Caput Selectum* voorgestelde HCG-behandeling verdient een kritische beschouwing. Het succes van de behandeling is afhankelijk van vele factoren (leeftijd patiënt, dosering, positie van de testis, e.a. (Zie BIERICH 1979)). Er is nog weinig onderzoek gedaan over de bijwerkingen van HCG op (zeer) jonge leeftijd. Het door de International Health Foundation aanbevolen HCG-schema (overgenomen door LELIEFELD en

LUTZEYER) kan aanleiding zijn tot belangrijke stijging van het plasma-testosteron gehalte. BERGADA (in BIERICH 1979) vermeldt bij kinderen van 3-8 jaar waarden zoals gevonden worden in de puberteit. Over een eventueel effect op de skeletontwikkeling zijn geen gegevens bekend.

Bijzonder interessant zijn de recente mededelingen over een eventueel gunstig effect van intranasale toediening van synthetisch LH-RH gedurende enkele weken. ILLIG e.a. (1977; 1980) uit het Kinderspital in Zürich melden een gunstig resultaat bij meer dan de helft van de behandelde patiënten. Bij hormonaal onderzoek blijkt er tijdens deze behandeling geen stijging van het plasma-testosteron gehalte op te treden, echter wel een toename van de basale LH-waarden en van de stijging van LH na LH-RH. Misschien is er een lokaal testosteroneffect (zonder een stijging van de plasma-testosteronspiegel). Deze nieuwe hormonale behandeling lijkt veelbelovend. De toedieningswijze is eenvoudig en wellicht zijn er geen bijwerkingen. Verder onderzoek moet worden afgewacht. Voorlopig dient deze behandeling zorgvuldig in een beperkt aantal centra te worden geëvalueerd.

LELIEFELD en LUTZEYER bevelen HCG-behandeling vanaf de leeftijd van 9 maanden (!) aan bij alle kinderen met hoge retractiele testis, abdominale testis en geretineerde testis. Volgens hen dient deze behandeling bij voorkeur door de huisarts te worden toegepast. Met grote nadruk zou ik bezwaar willen aantekenen tegen dit advies. De behandeling van niet-ingedaalde testis, zowel chirurgisch als hormonaal, hoort thuis bij de specialist. Hormonale behandeling met HCG en LH-RH bij het zeer jeugdige kind dient zorgvuldig geëvalueerd te worden op geleide van hormonaal onderzoek, bij voorkeur door de kinderarts-endocrinoloog. Een systematische behandeling van bovengenoemde categorieën patiënten met HCG lijkt onjuist. Kinderen met retractiele testes behoeven niet behandeld te worden. Zorgvuldige selectie van patiënten voor primair hormonale behandeling, zonodig gevolgd door chirurgische behandeling tijdens de eerste levensjaren belooft mogelijk de beste resultaten voor de fertiliteit op latere leeftijd. Een dergelijke behandeling zal het beste kunnen plaatsvinden in centra waar multidisciplinair een grote ervaring kan worden verkregen.

Literatuur: BERGADA, C. (1979) In: J. R. BIERICH en A. GARIOLA, *Cryptorchidism*, bl. 367. Academic Press, Londen. – BIERICH, J. (1979) In: J. R. BIERICH en A. GARIOLA, *Cryptorchidism*, bl. 375. Academic Press, Londen. – BIERICH, J. R. en A. GARIOLA (1979) *Cryptorchidism*. Academic Press, Londen. – GENDREL, D., P. CANLORBE, J. C. JOB e.a. (1979) In: J. R. BIERICH en A. GARIOLA, *Cryptorchidism*, bl. 175. Academic Press, Londen. – ILLIG, R. e.a. (1977) *Lancet II*, 518; (1980) *Clin. Endocrin.* 12, 91. – JOB, J. C. (1979) *Cryptorchidism*. Diagnosis and treatment. Karger, Bazel. – LELIEFELD, H. H. J. en W. LUTZEYER (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 2043. – MOLENAAR, J. C. en R. J. SCHOLTMEIJER (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 2048.

Rotterdam, januari 1981

H. K. A. VISSER

Er zijn wel degelijk gegevens bekend over de fertiliteit na vroegtijdige chirurgische behandeling. Ik mag nogmaals verwijzen naar LUDWIG en POTEMPA (1975). Door RICHTER (1976) werd fertiliteitsonderzoek gedaan bij volwassenen die, in de leeftijd van 7-12 jaar, met HCG waren behandeld wegens maldescensus testis (alle vormen). Hij stelde bij 39% een normale fertiliteit vast.

Het elektronenmicroscopisch onderzoek van de ultra-

structuur van de normale en niet gedescenseerde testis toont aan, dat bij de maldescensus testis reeds bij de geboorte atrofie van de Leydigcellen bestaat (HADZISELIMOVIĆ 1977). Deze slechte fertiliteitsprognose rechtvaardigt ons, mede gezien het onderzoek van Hadziselimović, vroegtijdig met HCG te beginnen.

Weinig kritisch is de opmerking dat kinderen met retractiele testes geen behandeling behoeven: kinderen met laag ingedaalde retractiele testes behoeven noch chirurgische, noch hormonale therapie.

Uitgebreid endocrinologisch onderzoek als een routine bij maldescensus testis acht ik op dit moment nog prematuur. Zo is in het bijzonder de waarde van de LH-RH-test, en HCG-test op zeer jeugdige leeftijd nog zeer omstrede. Tegen een goed voorbereide wetenschappelijke studie heb ik uiteraard geen bezwaar.

Prof. VISSER maakt tenslotte bezwaar tegen behandeling door de huisarts, terwijl ik de tijdige herkenning als een taak van de huisarts in mijn slotbeschouwing opnam. Een goede samenwerking tussen huisarts en specialist lijkt mij ook hier overigens zeer gewenst.

Literatuur: HADZISELIMOVIĆ, F. (1977) *Advances in anatomy, embryology and cell biology*. Vol. 53, Fasc. 3. Cryptorchidism. – LUDWIG, G. en J. POTEMPA (1975) *Dtsch. med. Wschr.* 100, 680. – RICHTER, W., M. PRÖSCHOLD, O. BUTENANDT e.a. (1976) *Klin. Wschr.* 54, 467.

Aken februari 1981

H. H. J. LELIEFELD

Na het goed gedocumenteerde artikel van LELIEFELD en LUTZEYER (1980) waarbij een lans wordt gebroken voor orchidopexie op jongere leeftijd, halen MOLENAAR en SCHOLTMEIJER (1980) in een commentaar een uitspraak aan van de redactie van dit tijdschrift uit 1975, dat de orchidopexie op jongere leeftijd het best kan worden uitgevoerd door de kinderchirurg of kinderuroloog. Dit niet met nadere reden omklede pleidooi geeft o.i. echter weinig blijk van realiteitszin. Immers, het gaat hier om 5500 operaties (SMR-gegevens 1979) terwijl er in Nederland slechts ongeveer 8 kinderchirurgen en 1 kinderuroloog werkzaam zijn. Deze hooggespecialiseerde collegae zouden o.i. beter hun tijd kunnen besteden aan de diagnostiek en behandeling van zeldzaam voorkomende congenitale aandoeningen, resp. gecompliceerde correctie-technieken, waarin het voor de „algemene” chirurg en uroloog moeilijk is om ervaring op te doen. Dit gaat duidelijk niet op voor het cryptorchisme; ten eerste is het niet zeldzaam en ten tweede vergt dit niet een zeer gecompliceerde operatie-techniek.

Het ware beter geweest de ongeveer 150 werkzame urologen, die als hun specialisme hebben „de behandeling van de urinewegen en de mannelijke genitaliën” en zich als zodanig dagelijks bezighouden met de orchidopexie, enkele gedetailleerde aanwijzingen te geven, voor zover nog nodig. Immers, welk essentieel verschil is er in techniek van de orchidopexie van een 8-jarige, resp. 2-jarige, anders dan een nauwkeurige prepareertechniek? Iets dat wij onze assistenten reeds dagelijks trachten bij te brengen.

Literatuur: LELIEFELD, H. H. J. en W. LUTZEYER (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 2043. – MOLENAAR, J. C. en R. J. SCHOLTMEIJER (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 2048.

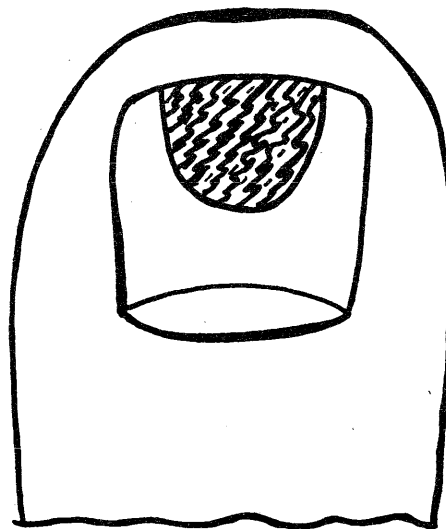
's-Hertogenbosch, december 1980

R. A. JÄNKNEGT
L. M. H. SCHREINEMACHERS
A. J. SMANS

Partiële matrixexcisie als behandeling van de ingroeivende nagel

Naar aanleiding van het artikel van SCHÜTTE (1980) het volgende:

Het zo ver mogelijk wegschaven van de nagel tot (vrijwel) op het nagelbed, met behoud van de randen, doet de pijn op slag verdwijnen en maakt de patiënt bij werkverzuim direct weer arbeidsgeschikt (zie figuur). De druk van de nagelrand op de omslagplooi verdwijnt en de nagel kan zonder enige moeilijkheid en zonder enige mutilatie uitgroeien. Het kan zijn dat na enkele weken bijgeschaafd moet worden. Deze behandeling gaat prima met een Sandvik No 402 (schuurstaal, spits schaafmodel, extra fijn).



Deze mededeling is niet bedoeld als kritiek op het artikel van collega SCHÜTTE, doch slechts als vermelding van een zeer eenvoudige, in de huisartsenpraktijk toe te passen behandeling. Een behandeling die, alvorens chirurgisch in te grijpen, het toepassen alleszins waard is.

Literatuur: SCHÜTTE, P. R. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1868.

Rotterdam, december 1980

J. P. M. TROUW

Is urologisch onderzoek bij enuresis geïndiceerd?

Gaarne zou ik willen reageren op de klinische les van prof. SCHOLTMEIJER (1981).

De vraag die collega SCHOLTMEIJER stelt wordt door hem maar gedeeltelijk beantwoord. Het antwoord moet naar mijn mening duidelijk positief zijn; het komt er echter alleen maar op aan dat men vaststelt welk urologisch onderzoek nodig is en wat men verstaat onder enuresis. Terecht stelt hij in het slot van zijn klinische les als beleid voor het onderzoek: een uitgebreide anamnese (waarbij ook moet worden vastgesteld of er een enuresis nocturna, diurna of beide bestaan), een goed lichamelijk en urine-onderzoek, en observatie van de urinestraal. Dit onderzoek, dat ook „urologisch” is te noemen, kan door iedere arts worden uitgevoerd. Het is jammer, dat SCHOLTMEIJER hierna niet vaststelt dat, als deze onderzoeken normale uitkomsten geven, verder „urologisch” onderzoek in de zin van functioneel, endoscopisch en röntgenonderzoek onnodig is bij de typische primaire enuresis nocturna.