

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.

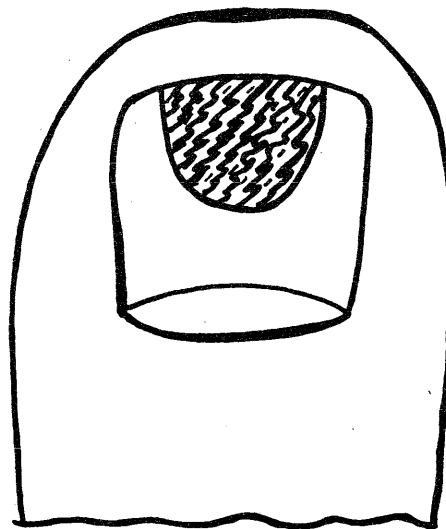
's-Hertogenbosch, december 1980

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 onderzoekingen normale uitkomsten geven, verder „urologisch” onderzoek in de zin van functioneel, endoscopisch en röntgenonderzoek onnodig is bij de typische primaire enuresis nocturna.

Mijn bezwaar tegen deze klinische les is dat er niet duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen enuresis nocturna (primair en secundair): alleen 's nachts nat, overdag normale mictie met normale bevindingen bij lichamelijk en urine-onderzoek enerzijds, en enuresis diurna en andere mictiestoornissen anderzijds. Een manco dat vele mededelingen over dit onderwerp hebben en waardoor de discussie zo vertroebeld wordt.

De tabellen in deze les zijn moeilijk te vergelijken of te interpreteren. De rubrieken „e.n.” en „e.n. en e.d.” zonder en met infectie bevatten in die drie tabellen veelal verschillende aantallen, hoewel het om dezelfde 60 patiënten gaat. Als we ons houden aan tabel 1, dan zijn er 18 patiënten met blijkbaar uitsluitend enuresis nocturna zonder infectie. Hiervan zijn er 9, ook bij verder „urologisch” onderzoek normaal, terwijl er 6 een zg. „instabiele” blaas blijken te hebben. Dit behoeft niet te verbazen, want dat is nu juist de essentie van de enuresis nocturna, zoals SCHOLTMEIJER ook stelt in zijn beschouwing. Daarvoor is dit cystometrisch onderzoek dus niet nodig, de enuresis nocturna is daar een symptoom van. Bovendien is het de vraag of de uitkomsten bij kinderen wel betrouwbaar zijn. De andere 42 patiënten vallen niet onder de definitie typische bedwateraars, daar ze ook overdag nat zijn, of een urineweginfectie hebben of hadden. Dat deze les in hoofdzaak om dit soort patiënten gaat, wordt niet duidelijk gezegd. Ook de drie ziektegeschiedenissen handelen over patiëntjes met meer dan alleen nachtelijk urineverlies.

SCHOLTMEIJER stelt, dat „enuresis” vanzelf verdwijnt als het centrale zenuwstelsel een betere controle op de mictie kan uitoefenen. Hij doelt hier waarschijnlijk op de enuresis nocturna. Inderdaad daalt het percentage kinderen met enuresis nocturna van 6 à 7% op 6-jarige tot 1 à 2% op 12-jarige leeftijd (DE JONGE 1969), waarbij moet worden aangetekend dat de secundaire enuresis nocturna relatief toeneemt. In verband hiermee zou het duidelijker geweest zijn als de leeftijdsverdeling van de patiëntjes vermeld was. Rekening houdend met eventuele therapie, schat DE JONGE de spontane natuurlijke daling van 6½ tot 12 jaar op gemiddeld 59%. Op een aantal van ongeveer 200.000 6-jarigen in Nederland verdwijnt bij het ouder worden, dus bij meer dan 6.000 kinderen de enuresis; bij deze is uitgebreid specialistisch urologisch onderzoek overbodig.

Ik zou de conclusie van collega SCHOLTMEIJER willen aanvullen en stellen dat een patiëntje met enuresis zeker wel onderzoek behoeft in de vorm van anamnese met lichamelijk en urine-onderzoek. Als het dan een zuiver primaire enuresis nocturna betreft zonder mictieklachten overdag en verder normale bevindingen bij onderzoek, is verder ingrijpend en kostbaar onderzoek niet nodig, mogelijk zelfs schadelijk. Als na het 10e jaar de klacht niet verdwenen is, is dit onderzoek wel gerechtvaardigd. Verder sta ik SCHOLTMEIJER bij in zijn conclusie dat iedere andere mictiestoornis of urineweginfectie bij kinderen een verder specialistisch onderzoek behoeft.

Literatuur: JONGE, G. A. DE (1969) *Kinderen met enuresis*. Proefschrift Utrecht. – SCHOLTMEIJER, R. J. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 41.

Oegstgeest, januari 1981

P. J. DONKER

De mededelingen van SCHOLTMEIJER (1981) over de frequentie van urologische afwijkingen bij kinderen met enuresis hebben ons niet overtuigd. Het is ten eerste verwarrend om van enuresis te spreken als de urinelozing evi-

dent abnormaal is; de term incontinentie is dan meer op zijn plaats.

Ten tweede: over de normale waarden van urodynamische metingen bij kinderen is nog te weinig bekend. Zeker is dat de toepassing van apparatuur met elektroden en catheters en de spanning van het onderzoek de meetresultaten vooral bij kinderen beïnvloeden. Uit verschillen in de interpretatie van gegevens is te verklaren dat sommige andere onderzoekers bij kinderen met enuresis slechts weinig afwijkingen aantreffen. Zo meldt KENDALL (1973) dat hij bij ruim 300 kinderen met enuresis slechts tweemaal een urethralep heeft kunnen vaststellen; bij ten minste 95% van de kinderen was het IVP normaal. MCKENDRY en STEWART (1974) onderzochten 200 kinderen met enuresis en zagen geen afwijkingen bij intraveneuze urografie en bij cystografie. KASS e.a. (1979) lieten bij 115 kinderen met enuresis een IVP vervaardigen terwijl 65 kinderen een cystometrie en cytoscopie ondergingen: zij vonden geen afwijkingen. BALDEW (1980) vergeleek 32 mictie-variabelen en stelde geen enkel significant verschil vast tussen 120 jongens zonder en 127 jongens met enuresis nocturna.

Wanneer de mictie blijkens anamnese en inspectie normaal lijkt plaats te vinden, er bij inspectie en palpatie van buik- en bekkenorganen geen afwijking wordt opgemerkt en er geen urineweginfectie bestaat, achten wij urologisch onderzoek niet geïndiceerd. De veelal bestaande wisseling in de enuresis-verschijnselen en de grote spontane genezigstendentie – tussen 4½ en 12 jaar wordt reeds 78% spontaan droog (DE JONGE 1973) – maken relevante stoornissen onwaarschijnlijk. De strekking van de conclusie: „bij alle kinderen met enuresis bij wie psychosociale problemen of obstipatie niet op de voorgrond staan is cystografisch onderzoek te overwegen terwijl met behulp van flowmetrie de kwaliteit van de mictie objectief kan worden vastgesteld” is onzes inziens dan ook onjuist. Wij onderschrijven het advies van de American Academy of Pediatrics (1980) aan haar leden om bij enuresis geen radiologisch onderzoek te doen verrichten. Dat spaart voor zeer velen (circa 6% van de 6-jarigen slaapt vaker nat dan droog) röntgenstralen, psychische stress en kosten.

Literatuur: American Academy of Pediatrics (1980) *Pediatrics* 65, A 49. – BALDEW, I. M. (1980) *Drop spectometry of the urinary stream in boys with and without nocturnal enuresis*. Proefschrift Leiden. – JONGE, G. A. DE (1973) In: I. KOLVIN e.a., *Bladder control and enuresis*, bl. 39. Heinemann, Londen. – KASS, E. J., A. C. DIOKNO en A. MONTEALEGRE (1979) *J. Urol.* 121, 794. – KENDALL, A. R., L. KARAFIN (1973) *J. Urol.* 109, 137. – MCKENDRY, J. B. J. en D. A. STEWART (1974) *Ped. Clin. N. Amer.* 21, 1019. – SCHOLTMEIJER, R. J. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 41.

Meppel
Amsterdam, februari 1981

I. M. BALDEW
G. A. DE JONGE

De reacties van de collegae DONKER, BALDEW en DE JONGE bevestigen nog eens dat het probleem enuresis controversieel is.

Enuresis dient mijns inziens niet als een ziekte te worden gezien doch als een verschijnsel waaraan diverse pathologische afwijkingen, zowel psychisch als somatisch, ten grondslag kunnen liggen. Zelfs over de criteria, wanneer men van enuresis kan spreken, bestaat nog geen eenstemmigheid. Dit was voor mij de reden om te stellen dat ik van enuresis nocturna spreek als een kind, ouder dan 6 jaar, gedurende vijf dagen per week of meer 's nachts in bed