

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

plast en van enuresis diurna als een kind ouder dan 4 jaar, over dezelfde periode overdag in de broek plast.

Het onderscheid tussen primaire enuresis, dat wil zeggen enuresis van de geboorte af, en secundaire enuresis, waarbij na een aanvankelijk zindelijke periode wederom enuresis optreedt, acht ik persoonlijk van weinig belang. Men neemt aan dat bij secundaire enuresis vaker anatomische afwijkingen zouden bestaan, doch ik heb daarvoor geen waterdichte bewijzen gevonden, terwijl ook op psychische gronden, zoals de geboorte van een broertje of zusje, secundair enuresis kan optreden.

Met de opvatting om van incontinentie te spreken als de urinelozing evident abnormaal is kan ik niet meegaan. Een zeer frequente mictie, bemoeilijkte of pijnlijke mictie behoeft in het geheel niet met incontinentie gepaard te gaan en wijst toch op een abnormale urinelozing. Deze klachten kunnen evenwel gepaard gaan met het in de broek of in bed plassen. Onder incontinentie dient mijns inziens te worden verstaan een voortdurend, onwillekeurig urineverlies, zoals men dat ziet bij sommige neurologische blaasfunctiestoornissen, vesico- of ureterovaginale fistels en een ectopische uitmonding van de ureter bij meisjes.

Daarnaast kan men spreken over stress-incontinentie, dat wil zeggen dat urineverlies vooral optreedt bij hoesten, niezen en alle bewegingen die leiden tot drukverhogingen in het abdomen. Een andere, minder vaak voorkomende vorm van incontinentie, voornamelijk bij de vrouw, is de urge-incontinentie. Bij deze vorm van incontinentie treedt plotseling mictie-aandrang op, die zo sterk is dat de patiënte voordat zij het toilet kan bereiken reeds in het ondergoed heeft geplast. Incontinentie, stress-incontinentie noch urge-incontinentie mag met enuresis worden verward. Dat over de normale waarden van urodynamische metingen bij kinderen nog weinig bekend is, kan worden onderschreven voor zover het literatuurgegevens betreft. In het Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam is de afgelopen jaren echter een grote ervaring opgedaan bij meer dan 400 kinderen, waarbij verscheidene urodynamische metingen (meestal 3 per kind) werden verricht. Daaronder waren vele kinderen bij wie geen urodynamische afwijkingen werden gevonden, terwijl het bestaan van een dergelijke afwijking slechts werd aangenomen als deze reproduceerbaar bleek te zijn. Het urodynamische onderzoek werd in beginsel altijd uitgevoerd nadat een eventuele urineweginfectie was bestreden. De mededelingen in de Klinische Les dienen tegen de achtergrond van deze ervaring te worden gezien. Omdat ernstige instabiliteit van de blaas of detrusor-sphincterdyssynergie soms zeer goed reageert op medicamenteuze behandeling, acht ik bij enuresis waarbij geen psycho-sociale problemen of obstipatie op de voorgrond staan, daarom een urodynamisch onderzoek zeker zinvol.

Tegenover de mededeling dat KENDALL bij 300 kinderen met enuresis slechts tweemaal een urethra-klap vond, staan o.a. mijn ervaringen, zoals vermeld in de Klinische Les, doch ook die van CORNIL, die bij 58 jongens uit een totaal van 127 met urethra-klappen deze klappen op het spoor kwam door middel van urologisch onderzoek wegens hardnekkige enuresis-klachten. Acht jongens hadden als enige klacht enuresis diurna, 19 jongens leden aan enuresis nocturna, terwijl 31 jongens wegens zowel enuresis nocturna als diurna werden onderzocht. Ook DONALD SMITH wijst er in zijn boek, getiteld *General Urology*, op dat urethra-klappen zich kunnen manifesteren onder het verschijnsel van enuresis.

Gezien het relatief grote aantal afwijkingen, waarvan sommige tot ernstige nierfunctiestoornissen kunnen leiden, zoals ernstige vesicorenale reflux of secundaire afwijkingen

ten gevolge van urethra-klappen, meen ik dat het bij hardnekkige enuresis-klachten gerechtvaardigd is cystografisch onderzoek te verrichten. Het aantal kinderen met klachten van enuresis, dat een volledig urologisch onderzoek onderging zoals omschreven in de Klinische Les, is inmiddels uitgebreid tot 105. Bij 64 van deze kinderen werden geringe tot ernstige afwijkingen op het cystogram waargenomen, waaronder  $21 \times$  reflux, terwijl  $17 \times$  het beeld van urethra-klappen werd gezien. In 9 gevallen werden de klappen endoscopisch bevestigd en gecoaguleerd. Ik ben het overigens met BALDEW en DE JONGE eens dat een IVP niet in het routine-onderzoek bij enuresis thuishoort.

Het is mij niet duidelijk waarom een uitgebreider onderzoek pas zou moeten plaatsvinden na bijvoorbeeld het tiende of twaalfde levensjaar, te meer omdat de kinderen reeds vóór die leeftijd soms duidelijk psychisch te lijden hebben van het voortdurend nat zijn. Bovendien meen ik dat anatomische afwijkingen zoals ernstige vesicorenale reflux of urethra-klappen op een zo vroeg mogelijk tijdstip moeten worden behandeld. Deze afwijkingen kunnen in de regel slechts worden aangetoond met behulp van een uitgebreid urologisch onderzoek.

Rotterdam, februari 1981

R. J. SCHOLTMELJER

### *Vasolastine: niet alleen miserabel . . .*

In zijn „miserabel” artikel over Vasolastine schrijft dr. J. S. MEULENHOF (1980), klinisch apotheker, dat registratie van Vasolastine werd geweigerd, omdat het de aangeprezen werking niet had, en omdat de chemische samenstelling niet overeenkwam met die welke door de fabrikant was opgegeven. Omdat echter een groot aantal patiënten het middel als onmisbaar voor hun gezondheid ervaren, vond de Staatssecretaris een ontsnappingsmogelijkheid. Van welk ander farmaceutisch preparaat zou men kunnen verwachten dat patiënten-gebruikers te hoop zouden lopen om te protesteren tegen het niet langer verkrijgbaar zijn? Dan is er altijd wel een analoog preparaat. Dit alleen bewijst al het bijzondere van Vasolastine.

Het artikel van Meulenhoff, dat door de redactie van dit tijdschrift als Commentaar werd overgenomen, toont duidelijk de overwaardering van de farmacologische en farmaceutische zekerheden. Maar hoe zeker zijn die zekerheden? Als een preparaat een zodanige heilzame werking op ernstige patiënten heeft, dat vele invaliden er weer valide door worden, maar van het preparaat niet de beweerde enzymwerking kan worden aangetoond, moet dat preparaat dan om die reden aan patiënten onthouden worden? Dit is mijns inziens de kernvraag. Anders geformuleerd: als het patiëntenbelang in strijd is met het wetsbelang, welk belang moet dan prevaleren? Zijn de patiënten er voor gezondheidswetten of zijn gezondheidswetten er voor de patiënten?

Bij Meulenhoff (en bij de redactie van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde) leeft kennelijk de gedachte dat het wetsbelang prevaleert, gezien zijn uitspraak, dat men tot op zekere hoogte nog begrip kan opbrengen voor het besluit van de Staatssecretaris. Maar, zo wordt gesteld, dat begrip gaat echter geen patiënt verder dan de groep die op 31 januari 1979 – de laatste dag waarop Vasolastine in de handel mocht zijn als niet-geregistreerd geneesmiddel – met dit middel werd behandeld. Moeten vanaf 1 februari 1979 invaliderende patiënten dan maar weer pijn lijden en invalide worden, omdat het van Vasolastine niet bewezen is welke stoffen werkzaam zijn, terwijl duidelijk is dat Vasolas-