

geboorte geen verschil in het kiemepitheel waarneembaar was tussen normaal ingedaalde en niet-ingedaalde testikels. In het 2e en 3e levensjaar traden echter duidelijk irreversibele veranderingen in het kiemepitheel op bij niet-ingedaalde testikels.

Bij 40% van de patiëntjes met unilaterale maldescensus testis werden ook veranderingen in het kiemepitheel gezien van de ingedaalde testikel. Volgens HIRASING e.a. (1982) zal het tijdstip van orchidopexie vooral afhangen van de eventuele voorkeur voor hormonale behandeling, de kundigheid van de operateur of de bereidheid te verwijzen naar een kinderchirurgisch centrum. Gezien de jongste literatuur en de gegevens die op het symposium over maldescensus testis naar voren kwamen, kan thans worden gesteld dat – met uitzondering van ectopische testikels en van testikels waarbij er tevens een duidelijke liesbreuk is – allereerst de voorkeur dient uit te gaan naar hormonale behandeling. Volgens Hadžiselimović reageert 55% van de niet-ingedaalde testikels gunstig op behandeling met luteïnizing hormone-releasing hormone (LH-RH), terwijl de kinderen die niet reageren daarna nog met humane choriongonadotrofine (HCG) kunnen worden behandeld, waardoor de kans op indaling tot 80% zou stijgen. Ook ILLIG e.a. (1980) en PIRAZZOLI e.a. (1978) alsmede Westphal zagen zeer goede resultaten van de LH-RH-behandeling gedurende 4 weken. LH-RH kan intranasaal worden toegediend, waarbij 6x daags 200 µg wordt aanbevolen. Ernstige bijwerkingen worden niet beschreven. Indien hormonale behandeling faalt, zal tenslotte zo spoedig mogelijk tot chirurgische correctie moeten worden overgegaan.

Concluderend kan met HIRASING e.a. (1982) worden gesteld, dat in de eerste plaats nauwkeurig

onderzoek direct na de geboorte van groot belang is om later te kunnen differentiëren tussen maldescensus testis en retractiele testikels, vooral omdat retractiele testikels geen behandeling behoeven. In de loop van het 1e levensjaar daalt nog een aantal testikels spontaan in, terwijl irreversibele histologische veranderingen in de niet-ingedaalde testikel zich pas aan het eind van het 1e levensjaar blijken te manifesteren. Aangezien het doel van de behandeling in de eerste plaats is gericht op het behoud van de fertiliteit, zal behandeling van de niet-ingedaalde testikel zo spoedig mogelijk na het 1e levensjaar moeten worden ingezet, waarbij hormonale behandeling de voorkeur verdient als niet reeds bij voorbaat indicatie tot chirurgisch ingrijpen bestaat, zoals bij ectopische testikels en als er tevens een liesbreuk is.

LITERATUUR

- HAFEZ, E.S.E. (1981) *Clinics in andrology*. Vol. 3: Descended and cryptorchid testis. Nijhoff, 's-Gravenhage.
- HIRASING, R.A., R. GRIMBERG en H.D. HIRASING (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 2294.
- HÖSLI, P.O. (1971) *Akt. Urol.* 2, 107.
- ILLIG, R., H. BUCHER en A. PRADER (1980) *Europ. J. Pediat.* 133, 147.
- MOLENAAR, J.C., R.J. SCHOLTMEIJER en H.K.A. VISSER (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 677.
- PIRAZZOLI, P., F. ZAPPULA, F. BENARDI e.a. (1978) *Arch. Dis. Childh.* 53, 235.
- SCHEIBER, K., G. MENARDI, H. MARBERGER e.a. (1981) *Europ. Urol.* 7, 268.
- SCORER, C.G., (1964) *Arch. Dis. Childh.* 39, 605.
- Symposium (1982) *Maldescensus testis*. Rotterdam. *Europ. J. Pediat.* Ter perse.

Mei 1982

BRIEVEN AAN DE REDACTIE

Bewaking voor wiegedood

Het idee wiegedood te voorkomen met behulp van een toestel dat de ademhaling bewaakt (apnoe-detectie) of dat zowel ademhaling als hartactie bewaakt, heeft tot veel publiciteit geleid. Ook in Nederland is de discussie hierover op gang gekomen en het is te verwachten dat huisartsen en kinderartsen in toenemende mate met vragen over wiegedood (sudden infant death-syndroom, SIDS) en bijna-

wiegedood (near miss for SIDS) geconfronteerd zullen worden. De veelheid en vaak tegenstrijdigheid van de literatuurgegevens hierover, de vaak emotioneel gekleurde individuele ervaringen en de vele praktische problemen, die welk advies ook met zich meebrengt, maken het bepalen van een beleid ten aanzien van een individueel kind of het opstellen van een advies aan een bepaald ouderpaar veelal tot een gecompliceerd probleem.

Het Medisch Adviescollege¹ van de Vereniging van Ouders van SIDS-kinderen² neemt ten aanzien van deze vragen het onderstaande standpunt in.

1. Onder wiegedood in de ruime zin wordt verstaan het plotseling en onverwacht overlijden van een ogenschijnlijk gezonde zuigeling. Bij postmortaal onderzoek wordt dan in ca. 15% van de gevallen

¹Het Medisch Adviescollege bestaat uit de kinderartsen prof. dr. M. Geudeke, prof. dr. G.A. de Jonge, voorzitter, J. O'Brien, MB, FRCP(C), en A.J. van Vught; de kinderpathologen J.J. van der Harten en prof. J. Huber, FRCP(C), secretaris, en de klinisch psycholoog dr. W.H.G. Wolters. Adres secretaris: Pathologisch Instituut, Pasteurstraat 2, 3511 HX Utrecht.

²Vereniging van ouders van SIDS-kinderen; secretariaat: Mulderskamp 64, 7471 PB Goor.

alsnog een verklaring gevonden voor het plotseling overlijden. Levert dit onderzoek hiervoor geen verklaring dan spreekt men van wiegedood in engere zin. Onder bijna-wiegedood wordt verstaan een plotseling en onverwacht optredende catastrofale situatie, waarbij een zuigeling bleek, wit, slap, niet meer ademend (schijnbaar dood) wordt aangetroffen, maar na sterke stimulatie en eventueel reanimatie weer levensteekenen gaat vertonen. Bij aankomst van de huisarts of bij presentatie in een eerste-hulpafdeling is in veel gevallen nog maar weinig van een levenbedreigende situatie te merken. Soms worden metabole of neurologische verschijnselen gevonden passend bij een doorge maakte hypoxie. Bij uitvoerig klinisch aanvullend onderzoek wordt ook hier geen geheel bevredigende verklaring voor het gebeuren gevonden.

Wiegedood en bijna-wiegedood omvatten een heterogene groep van stoornissen die slechts gemeen hebben dat zij plotseling en onverwacht tot de dood of bijna tot de dood hebben geleid.

2. Vooral door het werk van Steinschneider, later ook door dat van anderen, is sedert 1972 de verlengde apnoe sterk in de belangstelling gekomen als mogelijke oorzaak van wiegedood. Deze verlengde apnoe zou zich kunnen voordoen als een centrale apnoe, waarbij de ademhaling stilligt, of als een obstructieve apnoe, waarbij de luchtweg geblokkeerd raakt, maar er nog wel adembewegingen gemaakt worden. Ook stoornissen in de centrale regulatie van de bloedsomloop en de hartfrequentie zijn in dit verband genoemd. Mogelijk gaat het hierbij om een rijpingsstoornis van de centrale regulatiefuncties, die na het eerste levensjaar verdwijnt. In enkele centra in de Verenigde Staten en in Europa wordt deze hypothese getoetst en wordt naar methoden gezocht om een dergelijke regulatiestoornis vast te stellen. Hiertoe wordt vooral gebruik gemaakt van de polygrafische registratie van onder meer ademhalingsbewegingen, ademflow en hartactie. Algemeen aanvaarde criteria voor normaal en abnormaal bij deze polygrafische registraties ontbreken vooralsnog. Het is thans nog niet aangetoond dat bepaalde uitkomsten inderdaad een verhoogd risico op wiegedood met zich meebrengen. Evenmin is het zeker dat een andere uitkomst dit risico uitsluit. De criteria die in sommige centra worden gehanteerd voor het selecteren van kinderen met verhoogd risico, zijn naar de mening van het Medisch Adviescollege wetenschappelijk nog onvoldoende gefundeerd.

3. Het thuis bewaken van kinderen met een monitor kan vele problemen met zich meebrengen. Allereerst kan men er niet zeker van zijn dat door een dergelijke bewaking wiegedood kan worden voorkomen. De resuscitatie kan ook bij tijdige alarmering mislukken of tot blijvende hypoxische hersenschade leiden, wanneer ademhaling en circulatie te traag op gang komen. Monitors kunnen vals alarm geven, vooral wanneer tijdens diepe slaap de kinderen een zeer oppervlakkige ademhaling hebben. Bovendien komen centrale apnoe's voor, ook zonder dat deze tot

problemen aanleiding geven. Het is de vraag of het hierbij nodeloos storen van de normale slaap geheel onschuldig is. Home-monitoring heeft ingrijpende consequenties voor het gezinsleven en voor de relaties binnen het gezin. Toch kunnen zich situaties voordoen waarin een indicatie aanwezig is voor cardio-respiratoire bewaking thuis. Er zal dan een eenvoudig te bedienen monitorsysteem gekozen moeten worden dat voldoet aan de veiligheidsvoorschriften voor gebruik thuis en waarbij vals alarm tot een minimum wordt beperkt zonder dat dit ten koste gaat van de detectie-zekerheid. Het Medisch Adviescollege beoordeelt op het ogenblik enkele in aanmerking komende systemen.

4. Hoewel er in enkele publikaties in het buitenland gewezen wordt op een verhoogd herhalingsrisico in één gezin, is dit voor Nederland niet bekend. Onderzoek daarnaar is gaande; voorlopig zijn er geen aanwijzingen dat het herhalingsrisico verhoogd zou zijn.

5. Gezien de huidige kennis acht het Medisch Adviescollege het volgende beleid verantwoord:

– Het is begrijpelijk dat de ouders zich om hun volgend kind bezorgd voelen en dat hun angst niet met een simpele geruststelling kan worden weggenomen. Daarom is voor broertjes en zusjes, volgende op een SIDS-kind, een grondig poliklinisch pediatriesch onderzoek op de leeftijd van circa 4 weken gewenst. Indien geen afwijkingen worden vastgesteld bestaat er geen indicatie voor home-monitoring.

– In geval van bijna-wiegedood wordt het kind direct ter bewaking opgenomen op een intensive care-afdeling voor een grondig onderzoek naar de oorzaak. Indien gedurende enige tijd geen ernstige apnoe of bradycardie, die ingrijpen noodzakelijk maakt, wordt waargenomen is er in het algemeen geen indicatie voor langdurige bewaking. Frequente ambulante controle door kinderarts of huisarts is dan wel noodzakelijk.

– Indien een tweelingkind door wiegedood wordt getroffen dient het partnerkind met spoed te worden opgenomen en gedurende enige tijd goed te worden geobserveerd zoals in geval van een bijna-wiegedood.

Naar de mening van het Medisch Adviescollege zal zich slechts in uitzonderingsgevallen een echte indicatie voor home-monitoring voordoen. Het hier geschetste beleid komt grotendeels overeen met het standpunt van de Scientific Advisory Committee van de Britse Foundation for the Study of Infant Deaths (*Lancet* (1981) II, 319) en van het Expert Committee for the Australian College of Paediatrics (*Aust. paediat. J.* (1981) 17, 2). Het zal op grond van verdere klinische ervaringen in binnen- en buitenland zonedig worden herzien.

Oktober 1982

Het Medisch Advies College,
J. HUBER
secretaris