

<sup>1</sup>Werken Chr van der, Marti R. Gelukkig is uw enkel niet gebroken, hooguit verstuikt. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 2129-32.

<sup>2</sup>Mukherjee SK, Young AB. Dome fractures of the talus. J Bone Joint Surg (Br) 1973; 55: 319.

's-Gravenhage, november 1982

A.W.F.M. FIÉVEZ

In de afgelopen maand zagen wij op onze polikliniek een drietal patiënten, dat klachten bleef houden na een enkel-dorsie. Bij allen was een forse intra-articulaire fractuur rondom de talus en calcaneus onopgemerkt gebleven. Het artikel van Van der Werken en Marti zal er ongetwijfeld toe bijdragen dat men meer op deze fracturen gaat letten.<sup>1</sup>

Gaarne zou ik echter een opmerking willen maken naar aanleiding van hun behandelingsadvies voor fracturen van metatarsale V. Zij maken daarbij geen onderscheid tussen basisfracturen, tuberositasfracturen, fracturen door de proximale schacht, de Jones-fracturen (patiënt D is een fraai voorbeeld van deze laatste). Deze indeling wordt wel aangehouden in de literatuur: de tuberositasfracturen worden niet operatief behandeld. Een drukverband of eventueel gips voor het comfort van de patiënt wordt geadviseerd. Bij nacontrole van 100 patiënten die aldus werden behandeld bleken allen klachtenvrij te zijn.<sup>2</sup>

De proximale schachtfracturen daarentegen genezen na conservatieve behandeling vrijwel nooit. Alleen dus de proximale schachtfractuur van metatarsale V kan een indicatie tot primair operatief herstel rechtvaardigen.

## LITERATUUR

<sup>1</sup>Werken Chr van der, Marti R. Gelukkig is uw enkel niet gebroken, hooguit verstuikt. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 2129-32.

<sup>2</sup>Dameron TB. Fractures and anatomical variations of the proximal portion of the fifth metatarsal. J Bone Joint Surg (Am) 1975; 57: 788-92.

Amsterdam, december 1982

P.J. STRUBEN

Collega Struben heeft volkomen gelijk dat voor de behandeling onderscheid dient te worden gemaakt tussen fracturen van de tuberositas en van de schacht van het 5e os metatarsale. Een groot deel van de tuberositasfracturen is in het geheel niet gedислоqueerd; het zijn subperiostale fracturen die onbeweeglijk blijven gedurende de genezing. Bij dislocatie ontbreekt deze natuurlijke stabiliteit met gevaar voor verdere diastase, langzame genezing, langdurige pijn en uiteindelijke pseudartrose. Vooral ook omdat het een intra-articulaire fractuur betreft geven wij daarom in deze gevallen aan eenvoudige operatieve behandeling de voorkeur.

Nijmegen,  
Amsterdam, december 1982

CHR. VAN DER WERKEN  
R. MARTI

### *Fertiliteit na orchidopexie wegens maldescensus testis*

Reeds lang worden discussies over tijdstip en wijze van behandeling van niet normaal ingedaalde testes gevoerd. Histologisch onderzoek<sup>1</sup> en semenanalyses<sup>2,3</sup> maken aannemelijk dat vroege operatie door kundige operateurs raadzaam is. Er bestond echter steeds behoefte aan een goed

onderzoek naar het nakomelingschap van patiënten bij wie orchidopexie is verricht. Het artikel van Theuvenet, Vos en Kremer voorziet in deze behoefte.<sup>4</sup>

De conclusie die zij trekken is echter niet geheel juist. Uit hun resultaten blijkt namelijk dat 8 van de 20 patiënten bij wie orchidopexie beiderzijds werd verricht ongewenst kinderloos waren, in tegenstelling tot 6 van de 83 patiënten met kinderwens die éézijdige orchidopexie ondergingen. Dit verschil is statistisch significant ( $\chi^2 = 12,07$ ;  $P < 0,001$ ). Dit betekent dat de kans om ongewenst kinderloos te blijven bij de patiënten die orchidopexie beiderzijds omtrent het 12e jaar ondergaan significant groter is dan bij patiënten die éézijdige orchidopexie rond die leeftijd ondergaan. Gegevens over de fertiliteit van Nederlandse mannen zijn mij niet bekend. Er zijn echter geen redenen om aan te nemen dat deze lager ligt dan de fertiliteit van de patiënten die éézijdige orchidopexie ondergingen.

Op grond van het bovenstaande blijft het gerechtvaardigd bij beiderzijds abnormaal gelegen testes vroeger te opereren. Te zijner tijd zal echter ook een na-onderzoek verricht dienen te worden naar het nakomelingschap van patiënten die op jongere leeftijd beiderzijds orchidopexie ondergaan.

## LITERATUUR

<sup>1</sup>Hadziselemovic F, Sguchi H. Z Kinderchir 1973; 12: 376.

<sup>2</sup>Hecker WCh. MMW 1971; 113: 1125.

<sup>3</sup>Hoesli PO. Acta Urol (Kyoto) 1971; 4: 606.

<sup>4</sup>Theuvenet WJ, Vos LJM, Kremer J. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 1947.

Hoorn, december 1982

R.A. HIRASING

Het verheugt ons dat Hirasing ons artikel als een goed onderzoek beschouwt waaraan behoefte bestond. De conclusie die wij trekken lijkt ons echter wel juist, nl. dat het merendeel van de mannen bij wie omtrent het 12e jaar orchidopexie wordt verricht, zelfs indien dit bilateraal geschiedt, op latere leeftijd in staat is kinderen te verwekken; bij de bilateraal geopereerden 60%, bij de unilateraal geopereerden 87-96%. Wij concludeerden niet dat er geen verschil zou bestaan tussen de bilateraal en de unilateraal geopereerden. Dat significante verschil blijkt duidelijk uit de percentages. Hirasing toont hetzelfde aan via een andere weg.

De conclusie die hij uit dit verschil trekt, nl. dat het gerechtvaardigd blijft bij beiderzijds abnormaal gelegen testes vroeger te opereren, lijkt ons echter voorbarig. Wil men uit het verschil tussen unilateraal en bilateraal geopereerden toch een conclusie trekken dan is waarschijnlijk de enige gerechtvaardigde dat het geen zin heeft om een unilaterale orchidopexie op zeer jeugdige leeftijd uit te voeren, omdat een operatie omstreeks het 12e jaar 87-96% fertiliteit geeft.

Aan het grotere percentage ongewenst kinderloos gebleven mannen na beiderzijdse retentio testis kunnen geheel andere oorzaken ten grondslag liggen dan het niet ingedaald zijn op zichzelf. Een goed na-onderzoek naar de fertiliteit van vroeg (bijv. voor het 3e jaar) geopereerden zal hierin duidelijkheid moeten brengen. Zolang hierover, en over de eventuele reversibiliteit van de histologische veranderingen in de testikel nadat orchidopexie is verricht, niet meer zekerheid bestaat, is besluiten tot vroeg opereren een gevoelsmatige beslissing.

Groningen, januari 1983

L.J.M. DE VOS,  
namens de auteurs