

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

De frequentie van niet normaal ingedaalde testes bij jonge kinderen

Scholtmeijer geeft in zijn artikel aan dat de behandeling van niet-ingedaalde testikels na het eerste levensjaar zou moeten aanvangen, waarbij de hormonale behandeling de voorkeur verdient.¹ Hij suggereert op grond van de literatuur dat een kuur met LH-RH de voorkeur verdient en dat de patiënt, mocht hij hierop niet reageren, daarna altijd nog kan worden behandeld met HCG, waardoor dan de kans op indaling tot 80% zou stijgen. De auteur gaat aan twee dingen voorbij. Ten eerste het kostenaspect: een 4-wekelijkse kuur met LH-RH komt ongeveer op een bedrag van f 550,- neer en een 3-wekelijkse kuur met HCG op f 25,-! Ten tweede is LH-RH nog geen geregistreerd medicament en volgens de fabrikant is er zelfs nog geen aanvraag tot registratie hiervan bij de overheid ingediend; derhalve wordt dit medicament door bepaalde ziekenfondsen niet vergoed, waaronder het Z.L.O. en Alphen e.o. Mijns inziens kan het beste begonnen worden met een goedkope HCG-kuur en mocht dit niet het gewenste resultaat opleveren, nl. indaling van de testikel(s), dan kan altijd nog de erg dure LH-RH-kuur overwogen worden.

LITERATUUR

¹Scholtmeijer RJ. De frequentie van niet normaal ingedaalde testes bij jonge kinderen. Ned Tijdschr Geneeskd 1982; 126: 2303-5.

Leiderdorp, december 1982

J.F.W.B. RIJKSEN

Indien men uitsluitend afgaat op het kostenaspect: een 4-wekelijkse kuur met LH-RH of een 3-wekelijkse kuur met HCG, ligt het voor de hand om de voorkeur voor HCG uit te spreken. Het is mij niet duidelijk waarom collega Rijkssen voor een 3-wekelijkse kuur met HCG opteert, terwijl de International Health Foundation te Genève in 1974 een kuur van 5 weken heeft aanbevolen. Afgaand op de richtlijnen van de International Health Foundation dienen een 10-tal injecties te worden toegediend, hetzij door een arts, hetzij door een andere bevoegde, hetgeen naar ik aanneem niet kosteloos zal zijn. De kosten hiervan dienen dus bij de kosten van het preparaat te worden opgeteld. Bij LH-RH, als neusspray verstrekt, kan het middel door één der ouders worden toegediend. Ongetwijfeld zal de HCG-behandeling dan toch goedkoper uitvallen dan de LH-RH-behandeling, waarbij inderdaad zich het probleem voordoet dat LH-RH in Nederland nog niet is geregistreerd en derhalve niet in de handel verkrijgbaar, hetgeen niet wegneemt dat dit middel in een aantal centra in Nederland via de zogenaamde Bewustheidsverklaring wordt verkregen en toegepast.

Hoewel HCG goedkoper zal zijn, zijn er een aantal factoren die tegen het gebruik van HCG op jonge leeftijd pleiten: ten eerste moet het middel via injecties worden toegediend. Ten tweede veroorzaakt HCG een stijging van het testosterongehalte in het serum en zijn er onaangename bijwerkingen beschreven zoals een versnelde groei van de penis, herhaald optredende erecties, prikkelbaarheid van het kind en agressiviteit. Ten derde is uit een onderzoek van Garagorri e.a. gebleken dat HCG-behandeling bij kinderen omstreeks het derde levensjaar slechts een zeer gering

succes heeft, en dat de behandeling in 81% van de gevallen bij 153 jongens zonder resultaat was.¹ Op oudere leeftijd liggen de succespercentages hoger, maar gezien de huidige inzichten wordt juist gepleit om de behandeling van de niet-ingedaalde testis op een vroeger tijdstip in te stellen. Juist bij de groep jonge kinderen die met HCG werden behandeld werd een verhoogd testosterongehalte in het serum aangetroffen. Ten vierde mag het tenslotte niet zonder betekenis worden geacht dat een groot voorstander van HCG-behandeling, zoals J.R. Bierich, er thans de voorkeur aan geeft om de maldescensus te behandelen met LH-RH.

Van LH-RH zijn uit de talrijke onderzoeken geen onaangename bijwerkingen beschreven. Het testosterongehalte in het serum zou er niet door worden verhoogd. Het middel kan pijnloos door ouders of verzorgers worden toegediend. Bovendien lijkt het bij de hormonale behandeling meer fysiologisch om de LH-FSH-productie van hypofyse te stimuleren dan de testosteronproductie. Maar vooral ook het ontbreken van bijwerkingen en de gemakkelijke toedieningswijze alsmede de gunstige resultaten die ook op jongere leeftijd werden geboekt, maken een behandeling met LH-RH op jeugdige leeftijd aantrekkelijker dan een behandeling met HCG.

LITERATUUR

¹Garagorri JM, Jop JC, Canlorbe P, Chaussin JC. J Pediatr 1982; 101: 923-7.

Rotterdam, januari 1983

R.J. SCHOLTMEIJER

Patellasyndroom, patellapeesproef, patellapeesbandje

Het artikel van Visser geeft ons aanleiding tot enkele vragen en opmerkingen.¹ Wij lezen dat ca. 50% van de patiënten na 6 maanden nog een patellabandje draagt. Hoe is dat na twee jaar en langer, wordt er niets gedaan om orthofixatie te voorkomen, om te voorkomen dat het patellapeesbandje een orthese voor de psyche wordt?

Onzes inziens heeft de schrijver onvoldoende getracht om de mechanica van de klachten vast te stellen en de therapie daarop af te stemmen. Men stelt zich ermee tevreden dat na 6 maanden nog 50% aan de behandeling gefixeerd is. Dit soort patiënten met schijnbaar minimale afwijkingen heeft er onzes inziens recht op minder dan 6 maanden met hun klachten bezig te zijn. Actieve fysiotherapie die de patiënten aanzet tot thuis oefenen en ontlastend gebruik – in combinatie met deze en andere orthesen – lijkt een beter resultaat te kunnen bewerkstelligen.^{2 3} Daarmee moet deze schijnbaar minimale klacht in korte tijd tot verdwijnen kunnen worden gebracht, waarbij het patellapeesbandje onzes inziens inderdaad goed is te gebruiken als belastingbeperkende orthese.

LITERATUUR

¹Visser, JD. Patellasyndroom, patellapeesproef, patellapeesbandje. Ned Tijdschr Geneeskd 1982; 126: 1963-5.