

# 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.<sup>1</sup> 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

<sup>1</sup>Scholtmeijer 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 testosteron gehalte 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.<sup>1</sup> 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 testosteron gehalte 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 testosteron gehalte 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

<sup>1</sup>Garagorri 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.<sup>1</sup> 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.<sup>2 3</sup> 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

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

<sup>2</sup>Hendriks ERHA. Apexitis patellae en andere insertie tendinosen rond de patella. *Geneesk Sport* 1982; 10: 170-3.

<sup>3</sup>Ruffing. Die konservative Behandlung des Kreuzschmerzes. *Orthop Technik*. 1982; 10: 153.

Enschede, november 1982

A. BRUGGEMAN  
J.A. BRUGGEMAN

De kracht die het patellapeesbandje op het ligamentum patellae uitoefent is te gering om bij een aangespannen musculus quadriceps femoris de momentsarm van deze spier te beïnvloeden. Deed ze dit wel dan zou de hoek tussen het ligamentum patellae en de pees van de musculus quadriceps femoris groter worden. De resultante van de krachten van invloed op het patallofemorale gewricht wordt dan ook groter, waardoor een negatief effect zou kunnen ontstaan. De enige verklaring van het gunstige effect van het bandje zou kunnen zijn een betere centrering van de patella in de intercondylaire groeve, waardoor het belaste oppervlak van het gewricht vergroot wordt. Bij een normale knie staat de patella slecht gecentreerd in de intercondylaire groeve. Bewezen is dit niet.

Het gevaar voor orthesefixatie lijkt mij even groot als fixatie aan de fysiotherapeut. Deze laatste is wel beduidend duurder voor de volksgezondheid. Hiermede wordt geenszins beweerd dat het patellapeesbandje een vervanging is voor fysiotherapie bij patellasyndroom. Het bandje is zeker geen oplossing voor alle patellaklachten, maar alleen een aanvulling op de therapeutische mogelijkheden bij bepaalde patellaproblemen.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup>Delgado-Martins H. *J Bone Joint Surg (Br)* 1979; 61: 443.

Groningen, december 1982

J.D. VISSER

## Incontinentie na urethraklepresectie

Naar aanleiding van hun artikel zou ik de collegae Boon en Post willen vragen hoe zij in hun onderzoek de begrippen enuresis en incontinentie hebben omschreven.<sup>1</sup>

Onderschrijven zij de volgende definitie van enuresis die o.a. in een recente monografie te vinden is: „Enuresis is het onvermogen ondergoed of beddegoed droog te houden na

het 5e jaar, waarbij het nat worden ontstaat als gevolg van een normale mictie met een frequentie van minstens viermaal per week, terwijl er geen aanwijzingen te vinden zijn voor het bestaan van organische aandoeningen”.<sup>2</sup>

Wat dient men onder incontinentie te verstaan? Het is mijns inziens essentieel dat op de momenten van incontinentie het urineverlies niet plaatsvindt door het uitvoeren van een normale mictie, dit in tegenstelling tot wat bij enuresis het geval is.<sup>3 4</sup>

Als kinderen een urethraklep van enige urodynamische betekenis hebben, d.w.z. met hoe dan ook een afvloedbelemmering, dan zal de mictie hoogst waarschijnlijk niet normaal verlopen en kan beter van een mictiestoornis met urineverlies gesproken worden dan van enuresis.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup>Boon TA, Post E. *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 126: 2133.

<sup>2</sup>Baldew IM, Scholtmeijer RJ. *Enuresis*. Leiden: Spruyt, Van Mantgem en De Does, 1982.

<sup>3</sup>Poulton UM, Hinden E. *Arch Dis Child* 1953; 28: 393.

<sup>4</sup>Diesing U. *Urologe* 1964; 3: 288.

Meppel, november 1982

I.M. BALDEW

De door Baldew en Scholtmeijer gehanteerde definitie van enuresis (nocturna) is van nut om deze toestand te onderscheiden van de normale, waarbij kinderen vanaf ongeveer het 5e levensjaar erin slagen de meeste nachten droog te blijven, al komen er af en toe ongelukjes voor.

Bij de vele vormen van ongemerkt en ongewild urineverlies is het door collega Baldew voorgestelde onderscheid tussen enuresis en incontinentie niet goed bruikbaar, daar hij deze begrippen tracht te definiëren op grond van gegevens die alleen bij een uitgebreid onderzoek – röntgenonderzoek, endoscopie, urodynamisch onderzoek – kunnen worden verkregen en waarvan de betekenis als oorzaak van het ongewilde urineverlies nog onduidelijk is. Wij noemen hier de meatusstenose, de urethrakleppen, instabiliteit van de musculus detrusor, infravesicale obstructies van functionele aard. Om deze redenen is in ons artikel geen poging gedaan de begrippen enuresis en incontinentie bij jongens met behandelde urethrakleppen te definiëren, noch deze te onderscheiden.

Amsterdam, januari 1983

E. POST  
T.A. BOON

## BERICHTEN

### Buitenland

#### GROOT-BRITANNIË

*Vermijden van ontsierende littekenvorming na BCG-inenting.* – De BCG-inenting veroorzaakt soms ontsierende littekens die vooral wanneer zich keloïd vormt moeilijk te verwijderen zijn. De plastische chirurgen Sanders en Dickson van het Mount Vernon Hospital in Northwood, Middlesex (*Brit. med. J.* (1982) 285, 1679) vinden de resultaten van de correctie langs chirurgische weg of op andere manieren weinig bevredigend en raden aan betere plaatsen op de huid te kiezen voor vaccinatie dan de gebruikelijke. Zij achten het bovengedeelte van de rug, de regio sternalis en de huid boven de M.deltoides het minst geschikt en bevelen aan de vaccinatie te verrichten op een lager gedeelte

van de arm, onder de aanhechting van de deltoïdes, of aan de binnenzijde van de arm. Ook de dij, de bil en de buikwand vinden zij geschikte plaatsen wanneer er geen massavaccinaties moeten worden verricht.

*Reumatoïde arthritis na een prik met een rozedoorn.* – Na penetratie van een plantestekel in een gewricht kan plaatselijk een chronische articulaire of peri-articulaire ontsteking ontstaan. Hawkins e.a. (*Brit. med. J.* (1982) 285, 1620) beschrijven een patiënte, 55 jaar oud, die nadat een rozedoorn in de laterale zijde van het 2e metacarpofalangeale gewricht was gepenetreerd, binnen 24 uur lokale ontstekingsverschijnselen kreeg. Een maand later ontstond er zwelling van alle gelijksoortige gewrichten en van de 3e en 4e proximale interfalangeale gewrichten van beide handen.