

worden waargenomen. Wanneer één of meer van bovenstaande ziekteverschijnselen aanwezig waren, werd deze eerste fase van het onderzoek gevolgd door een tweede, eveneens eenvoudig en in korte tijd, ongeveer vijf minuten, uit te voeren. Het betreft een kort interview volgens een door Jacobs et al. ontwikkelde standaardmethode.² Hierbij worden in een vaste volgorde dertig vragen gesteld, die betrekking hebben op de oriëntatie, het geheugen voor recente gebeurtenissen en enkele cognitieve vaardigheden van taal- en rekenkundige aard. Deze test werd tevoren uitvoerig getoetst bij gezonde personen, bij lijdende aan een organisch hersensyndroom en bij andere psychiatrische patiënten. Door toekenning van één punt per juist gegeven antwoord, was aan de laatstgenoemde onderzoekers gebleken dat de lijdende aan een organisch hersensyndroom steeds lager scoorden dan twintig. De overige psychiatrische patiënten en de gezonde proefpersonen daarentegen scoorden steeds hoger dan twintig. Enigszins tot hun verrassing was aan de ontwerpers van dit standaardonderzoek gebleken dat angst en depressie geen invloed hadden op de testresultaten. Deze onderzoeksmethode is onbruikbaar bij patiënten met wie men om welke reden dan ook niet goed kan praten. Ook kan met behulp van de test geen onderscheid worden gemaakt tussen een – verworven – organisch hersensyndroom en – aangeboren – zwakzinnigheid. Fout-negatieve resultaten kunnen verkregen worden bij focale neurologische afwijkingen zoals epilepsie en kleine herseninfarcten. De in het voorgaande beschreven methode in twee fasen leverde het volgende resultaat op: van de ruim 1100 patiënten die naar de psychiatrische eerste-hulpafdeling werden doorverwezen, werd bij 38 een organisch hersensyndroom vastgesteld. Veertien patiënten hadden een door alcohol veroorzaakte ziekte (het syndroom van Wernicke-Korsakoff, delirium tremens), 13 een seniele demantie en de overigen uiteenlopende ziekten zoals ontregelde diabetes mellitus, ernstige nierinsufficiëntie, luchtwegaandoeningen, decompensatio cordis, enz. Nu is naar het oordeel van de referenten het aantal van 38 op ruim 1100 verwezen patiënten zeker niet zeer hoog te noemen; te meer omdat de praktische betekenis van deze 3,5% aanvan-

kelijk miskende ziektebeelden nog verder wordt verkleind door het feit dat de grootste subgroep – die van de hersenbeschadiging door alcohol of ouderdom – bij de psychiater toch zeker niet „aan het verkeerde adres” is. Met anderen,^{3,4} wijzen de auteurs er niettemin nog eens op dat men bij de beoordeling van psychiatrische ziektebeelden steeds moet blijven denken aan organische afwijkingen, zeker ook op afdelingen voor eerste hulp.^{5,6} Zij houden een pleidooi voor het door hen ingevoerde standaardonderzoek in twee fasen, omdat het een eenvoudige methode van opsporen betreft, waarvan de uitkomst tevens kan dienen als uitgangspunt bij een eventuele verdere vermindering van de hersenfunctie; bovendien verplicht het voortdurend de staf van een eerste hulpafdeling om bedacht te zijn op patiënten met een symptomatisch psychiatrisch syndroom. Voor psychiatrische consulenten blijft het evenzeer van belang zich te realiseren dat verwijzing door een „somatische” collega niet inhoudt dat een lichamelijke oorzaak geheel is uitgesloten. De bekende casuïstiek van langdurig psychiatrisch behandelde patiënten die na een te laat of inadequaat onderzoek toch een organische aandoening bleken te hebben, is hiervoor te belangrijk en wellicht omvangrijker dan artsen zich veelal realiseren.

LITERATUUR

- 1 Dubin WR, Weiss J, Zeccardi JA. „Organic brain syndrome”. JAMA 1983; 249: 60-2.
- 2 Jacobs JW, Bernhard MR, Delgado A, Strain JJ. Screening for organic mental syndromes in the medically ill. Ann Intern Med 1977; 86: 40-6.
- 3 Hall RCW, Popkin MK, Devaul RA, Faillance LA, Stickney SK. Psychical illness presenting as psychiatric disease. Arch Gen Psychiatry 1978; 35: 1315-20.
- 4 Koranyi EK. Morbidity and rate of undiagnosed physical illnesses in a psychiatric clinic population. Arch Gen Psychiatry 1979; 36: 414-9.
- 5 Fauman MA, Fauman BJ. The differential diagnosis of organic based psychiatric disturbance in the emergency department. JACEP 1977; 6: 315-23.
- 6 Weissberg MP. Emergency room medical clearance: an educational problem. Am J Psychiatry 1979; 136: 787-90.

E. HOENCAMP
J. BENDER

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 marathon; een verantwoorde uitdaging?

Ter aanvulling aan de lange lijst van complicaties die de marathonloper bedreigen (1984, bl. 1528-30), kan de ijzergebrekanemie vermeld worden. Onlangs onderzocht ik een 23-jarige man, die geen symptomen had en bij wie een Hb-gehalte van 6,6 mmol/l werd gevonden bij een bloedtransfusiekeuring. Er bleek occult bloedverlies met de faeces te bestaan kort na het lopen van een marathon. Röntgenonderzoek van de gehele tractus digestivus leverde geen afwijking op; er was met technetium geen Meckel-divertikel aantoonbaar en ijzerverlies door hematurie of hemoglobinerie kon worden uitgesloten. Het Hb-gehalte werd in korte tijd normaal.

Dat deze observatie niet toevallig is, blijkt uit een onderzoek van McMahon et al. uit Yale, die bij 7 van 22 marathonlopers na een wedstrijd een positieve test op occult bloedverlies met de faeces vond.¹ De pathogenese blijft speculatief.

LITERATUUR

- 1 McMahon JF, Ryan MJ, Larson D, Fisher RL. Occult gastro-intestinal blood loss in marathon runners. Ann Intern Med 1984; 100: 846-7.

Velsen, augustus 1984

A.J.F.A. KERST

Trommelvliesbuisjes en zwemmen

Het artikel van De Vries en Wentges (1984, bl. 1276-9) is een discussie-onderwerp in het tijdschrift geworden. Van der Borden eindigt zijn ingezonden stuk (1984, bl. 1633) met het vooralsnog afwijzen „van zwemmen met trommelvliesbuisjes in gechlloreerd zwemwater”. In de laatste zin van hun antwoord (1984, bl. 1633) zeggen De Vries en Wentges daarentegen „dat er niet voldoende redenen zijn om kinderen met otitis media met effusie met of zonder drainagebuisjes, het zwemmen te ontraden”.

Twee tegenovergestelde standpunten dus en beide beargumenteerd. Naar mijn inzicht laat de vraag zich niet categorisch beantwoorden en dient de beslissing per kind genomen te worden. Er zijn immers veel factoren in het spel dan de kans op infectie via het buisje en de eventuele nadelige gevolgen van zwelling van het neusslijmvlies door gechloteerd water. Men dient tegen elkaar af te wegen: de „noodzaak” van het zwemmen (en de aard daarvan) en de kans op een recidief van oor-neus-bijholte-infecties met eventuele blijvende gevolgen, vooral ten aanzien van het gehoor. In deze overweging zullen o.a. betrokken moeten worden: leeftijd, soort zwemwater, aard van het zwemmen, jaargetijde, gebleken algemene infectiegevoeligheid, infectietoestand van oren-, neus- en bijholten in de voorafgaande maanden, gehoor, algemene lichamelijke en ook psychische factoren. Zo zal men een kind dat reeds kan zwemmen en dat in het najaar een recidief van chronische rhinosinusitis en otitis media met effusie krijgt (waarvoor buisjes geplaatst worden) het schoolzwemmen die winter ontraden. Anderzijds zal men een kind van bijvoorbeeld zes jaar met buisjes, dat nog geen zwemdiploma heeft en in de voorafgaande winter en voorjaar geen infectie heeft gehad, de daaropvolgende zomer laten zwemmen en hiermee laten doorgaan, indien zich geen problemen voordoen. Zo zijn er vele voorbeelden te bedenken waarmee geïllustreerd kan worden, dat het hier een individuele beslissing betreft.

Utrecht, september 1984

E.H. HUIZING

Orchidopexie en hormonale behandeling van niet-ingedaalde testikels

Collega Snick (1984, bl. 2077-81) breekt eindelijk weer een lans voor het benutten van gegevens uit de eerste levensperiode van een jongen met niet-ingedaalde testikel(s). In 1976 hebben wij hiervoor gepleit toen in ons onderzoek werd aangetoond dat er kinderen behandeld waren die voordien normaal gelegen testes hadden.¹ Waarom richt collega Snick zich alleen tegen de overbodige orchidopexie? Het zou elke overbodige therapie – ook de hormonale – moeten betreffen. Hij vermeldt onbekend te zijn met het verschijnsel retractiliteit. Jeugdartsen kennen het begrip wel degelijk. Zij zijn gewend het kind longitudinaal te vervolgen, te kijken naar het verleden (geregistreerd in het dossier, een jeugdgezondheidskaart) en naar de toekomst.² Het noteren van de testisligging, ook de normale, behoort op de jeugdgezondheidskaart bij elk periodiek onderzoek ingevuld te worden. Retractiliteit is een diagnose in de tijd; niet alleen de gegevens bij de geboorte zijn van belang. Op de kaart is te zien in welke periode de cremaster-reflex het tijdelijk verdwijnen van een testikel heeft veroorzaakt. In principe heeft elk kind in Nederland een jeugdgezondheidskaart.

De clinicus, de curatieve arts, laat zich over retractiliteit gemakkelijk uit en denkt deze diagnose met een eenmalig onderzoek af te kunnen. Wij willen dan ook verder gaan dan de auteur: de diagnose cryptorchisme, waarbij retractiliteit moet worden uitgesloten, dient door de jeugdarts gesteld te worden, of in samenwerking met de jeugdarts. Die verantwoordelijkheid, de bewaking van de testisligging, dient van de jeugdgezondheidsdiensten gevraagd te worden. Dat de jeugdarts kan worden aangesproken indien hij zijn gegevens niet goed bijhoudt, moge blijken uit een recente publikatie in *Medisch Contact*.⁴

In Walcheren lukte het verkrijgen van vroege gegevens slechts in 20%. Dat dit in Nijmegen en omstreken hoger ligt en de samenwerking tussen een jeugdgezondheidsdienst en een kinderchirurgische afdeling positieve resultaten kan opleveren, hopen wij in een nu afgerond onderzoek aan te tonen. Het is ons echter gebleken dat ook bij retractiliteit complicerende factoren aanwezig kunnen zijn.

In het artikel van collega De Muinck Keizer (1984, bl. 2081-4) blijkt niet hoe men de diagnose retractiliteit heeft uitgesloten en wordt aangegeven dat retractiele testes mogelijk werden behandeld.

In het commentaar (1984 bl. 2100-1) tilt collega Scholtmeijer al helemaal niet aan de diagnose retractiliteit en wil gonadoreline zelfs zien als een diagnostische test. Onzes inziens is het juist en goedkoper, in overleg met de ouders, contact op te nemen met de jeugdgezondheidsdienst van de woonplaats van het kind. Dat schaadt in ieder geval niet.

LITERATUUR

- ¹ Borghans-Delvaux JM, Geeraedts-Feuerberg JK, Njo-Tan LI. Het lot en het mom van cryptorchisme. *Tijdschr Soc Geneesk* 1976; 54: 386-90.
- ² Wieringen JC van. Longitudinale observatie, begeleiding en medische registratie in de jeugdgezondheidszorg. *Tijdschr Soc Geneesk* 1973; 51: 358-63.
- ³ Wafelbakker F. Een jongen die niet groeit. *Med Contact* 1984; 20: 617.

Nijmegen, november 1984

J.M. BORGHANS-DELVAUX
J.K. GEERAEDTS-FEUERBERG

Ik heb alleen de groep jongens die orchidopexie ondergingen geanalyseerd, omdat alleen over deze behandelingsvorm betrouwbare gegevens aanwezig zijn. Uiteraard betekent dit niet, dat ik alleen de orchidopexie bij retractiele testes bestrijd: elke behandeling van een niet bestaande afwijking is schadelijk en dus fout. Aangezien de behandeling van maldescensus testis op steeds jongere leeftijd plaatsvindt, zal de invloed van de jeugdgezondheidszorg op dit proces ook veranderen: het zo belangrijke aantal opeenvolgende waarnemingen van de ligging van de testis zal kleiner worden en op schoolleeftijd zal het kind meestal al behandeld zijn. Daarom is het nu meer dan ooit noodzakelijk de ligging van de testis bij de geboorte en gedurende het eerste levensjaar goed te documenteren en die gegevens vlot ter beschikking te stellen voor ieder die met de behandeling te maken krijgt. Bekendheid met de ligging van de testes vanaf de geboorte lijkt mij een voorwaarde voor verantwoord wetenschappelijk onderzoek naar het effect van elke vorm van behandeling van maldescensus testis. Telkens weer verliezen publikaties over dit onderwerp aan waarde door de discussie over eventueel behandelde retractiele testes.

Ook collega De Muinck Keizer moet over haar open onderzoek verzuchten: „vermoedelijk worden de indalingspercentages beïnvloed door de resultaten van behandeling van retractiele testes, die ondanks zorgvuldig onderzoek voor werkelijk niet-ingedaalde testes werden aangezien”. Ik vraag mij af of een dubbelblind onderzoek met placebo die zekerheid wel zal kunnen geven.

Utrecht, november 1984

H.K.A. SNICK

De woorden van de collegae Borghans-Delvaux en Geeraedts-Feuerberg zijn ons uit het hart gegrepen. Wij hebben vóór en tijdens het proefonderzoek en het dubbelblinde onderzoek veelvuldig contact gehad met de jeugdgezondheidszorg. Een groot aantal verwijzingen naar ons spreekuur is via de jeugdgezondheidszorg tot stand geko-