

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 vroeger 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 schaaft 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-

men. Ook werd door ons vaak om inlichtingen gevraagd, waarop steeds positief werd gereageerd; de gegevens over de testikellinging waren echter niet altijd schriftelijk vastgelegd. Wij meenden met deze gegevens en door herhaald, zorgvuldig lichamelijk onderzoek de diagnose retractiliteit te kunnen uitsluiten. Het is juist de jeugdartsen bekend hoe moeilijk het kan zijn de diagnose: „retractiel of niet” met zekerheid te stellen. Het vermoeden dat retractiele testikels het succespercentage van de open onderzoeken flatteren, werd door ons slechts gezien als een eventuele verklaring voor het lagere succespercentage in de dubbelblinde onderzoeken (waaronder ons nog lopende onderzoek).

Rotterdam, S.M.P.F. DE MUINCK KEIZER-SCHRAMA
november 1984 F.W.J. HAZEBROEK

Nog geen twee jaar geleden wezen Hirasing et al. in dit tijdschrift op het zeer grote belang om direct na de geboorte vast te stellen, of de testikels al dan niet in het scrotum liggen, waardoor op een later tijdstip verwarring met retractiele testikels kan worden voorkomen en het aantal ten onrechte verrichte operaties wegens vermeende maldescensus testis tot een minimum kan worden teruggebracht.¹ In hetzelfde tijdschrift verscheen van mijn hand een commentaar, waarin ik stelde dat het feit dat in de afgelopen jaren in Nederland 4 à 5 maal te vaak orchidopexie werd uitgevoerd (mede als gevolg van de moeilijke differentiatie tussen retractiele testikel en niet-ingedaalde testikel) het door Hirasing c.s. gestelde onderstreepte.²

Ik sta hier nog steeds volledig achter en betreur de onjuiste conclusie van de collegae Borghans-Delvaux en Geeraedts-Feuerberg als zou ik in mijn laatste commentaar (1984, bl. 2100-1) niet aan de diagnose „retractiliteit” tillen en zelfs gonadoreline wil zien als een diagnostische test. In dit commentaar, dat voornamelijk was gericht op de hormonale behandeling van *niet-ingedaalde* testikels met gonadoreline, stelde ik, dat zelfs al zou men de overtuiging zijn toegedaan dat alleen retractiele testikels gunstig reageren op hormonale behandeling (een pessimistisch standpunt, dat ik niet deel) het mijns inziens minder kwalijk zou zijn om een miskende retractiele testikel ten onrechte hormonaal te behandelen dan ten onrechte te opereren. In feite betekent dat, dat een retractiele testikel niet behandeld wordt, omdat deze uit zichzelf ook omlaag zou zijn gekomen en dat er dus hooguit een diagnostische test zou zijn.

Een en ander wil niet zeggen, dat ik de hormonale behandeling als een diagnostische test zou willen propageren. Ik ben het met de collegae Borghans-Delvaux, Geeraedts-Feuerberg, Hirasing et al. volledig eens, dat een goede documentatie ten tijde van de geboorte en de verdere controle van het jonge kind van essentieel belang is, om te kunnen differentiëren tussen maldescensus testis en een retractiele testikel, te meer omdat een retractiele testikel geen behandeling behoeft en een maldescensus wel. Daarom juich ik elke poging tot een betere registratie van de ligging van de testikels na de geboorte van harte toe, in de hoop, dat daarmee in de toekomst onnodige behandeling van retractiele testikels, hetzij hormonaal, hetzij operatief, achterwege kan blijven.

LITERATUUR

¹ Hirasing RA, Grimberg R, Hirasing HD. De frequentie van niet normaal ingedaalde testes bij jonge kinderen. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 2294-7.

² Scholtmeijer RJ. De frequentie van niet normaal ingedaalde testes bij jonge kinderen. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 2303-5.

Rotterdam, november 1984

R.J. SCHOLTMEIJER

Als één van de oorzaken van niet-ingedaalde testikels wordt aangenomen, dat de hormonale hypothalamus-hypofyse-gonade-as te kort schiet gedurende de normale indalingsperiode. Ter stimulering van deze „as” wordt een LH-RH-agonist (gonadoreline) aan prepuberale jongens toegediend (leeftijd variërend van 3 tot 13 jaar) met niet-ingedaalde testikels. Endocrinologische bevindingen blijken vaak niet met elkaar in overeenstemming te zijn: soms stijgt het LH na toediening, soms ontstaat juist een daling.^{1,4} Toch is dit niet zo verwonderlijk omdat er nu LH-RH-analogen ontwikkeld zijn, juist met het doel de hypothalamus-hypofyse-as te remmen bij de behandeling van het gemetastaseerde prostaatscarcinoom. Daarbij wordt grofweg de eerste twee weken na toediening een stijging gezien van FSH, LH en testosteron, gevolgd door een sterke daling door een verminderde hypofyse-gevoeligheid. Uit onderzoek naar de hypofysereceptorplaatsen blijkt, dat langdurige hypofytestimulatie met LH-RH aanvankelijk leidt tot toename, daarna gevolgd door een afname van het aantal receptoren.⁵ Het lijkt dan ook waarschijnlijk (mede gezien de gehanteerde doseringen), dat bij een aantal kinderen de aanvankelijke stimulatie zal omslaan in een remming van de hypothalamus-hypofyse-gonade-as. Naast de vele andere oorzaken voor de wisselende behandelingsresultaten wellicht een factor van belang.

LITERATUUR

¹ Borgmann V, Nagel R. Treatment of prostatic cancer with LH-RH analogues. Prostate 1983; 4: 553-68.

² Faure N, Labrie F, Lemay A, et al. Inhibition of serum androgen levels by chronic intranasal and subcutaneous administration of a potent luteinizing hormone-releasing hormone (LH-RH) agonist in adult men. Fertil Steril 1982; 37: 416-24.

³ Swift AD, Crighton DB. Relative activity, plasma elimination and tissue degradation of synthetic luteinizing hormone releasing hormone and certain of its analogues. J Endocrinol 1979; 80: 141-52.

⁴ Wenderoth UK, Jacobi GH. Gonadotropin-releasing hormone analogues for palliation of carcinoma of the prostate. World J Urol 1983; 1: 40-8.

⁵ Clayton RN, Catt KJ. Gonadotropin-releasing hormone receptors: characterization, physiological regulation, and relationship to reproductive function. Endocr Rev 1981; 2: 186-209.

Alkmaar, november 1984

P.L.M. VIJVERBERG

Het fenomeen dat door toediening van LH-RH-agonisten tenslotte volledige onderdrukking van de gonadotrofinesecretie door de hypofyse optreedt („down-regulation”), is ook binnen de kindergeneeskunde bekend. De behandeling wordt toegepast bij pubertas praecox. Het gaat hier echter, evenals bij de behandeling van het prostaat- en mammacarcinoom, om de LH-RH-analogen, die vele malen sterker werkzaam zijn dan het normale, onveranderde („genuine”) LH-RH. Dit laatste wordt bij de behandeling van cryptorchisme toegepast. Dat ook het genuine LH-RH, mits in farmacologische doses toegediend, een desensibiliserende werking kan hebben, is zeker waar.

Bij de behandeling van cryptorchisme is de dosering van het gonadoreline 3 maal daags 400 microgram intrasasaal. Hiervan wordt 1-2% in de bloedbaan opgenomen. Het is niet waarschijnlijk dat deze dosering een desensibiliserende werking zal hebben. Tevens wordt bij ons onderzoek steeds een, weliswaar zeer geringe, stijging van het testosterongehalte in het plasma gevonden na behandeling. De endocrinologische resultaten van het dubbelblinde onderzoek zullen naar wij hopen méér informatie hieromtrent kunnen geven.

Rotterdam,
november 1984

S.M.P.F. DE MUINCK KEIZER-SCHRAMA
F.W.J. HAZEBROEK