

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,
november 1984

S.M.P.F. DE MUINCK KEIZER-SCHRAMA
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