

H.M. SCHÜLLER

Heelkunde

Fissura ani: laterale sfincterotomie of dilatatie van de anus?

De chirurgische behandeling van chronische fissura ani bestaat uit dilatatie van de anus of laterale subcutane sfincterotomie. Welke van beide methoden te verkiezen is, is nog een punt van discussie.

Jensen et al. vergeleken in een prospectieve, gerandomiseerde onderzoeking 58 patiënten, waarvan 30 behandeld werden met een laterale subcutane sfincterotomie en 28 met dilatatie van de anus.¹ De operaties werden poliklinisch onder plaatselijke verdoving verricht. Alle patiënten hadden een chronische fissuur met geïndureerde randen en zichtbare vezels van de sphincter internus. Beide groepen waren vergelijkbaar wat betreft geslachtsverdeling, gemiddelde leeftijd, gemiddelde duur van de klachten en van de nacontrole.

Tussen beide groepen werd geen verschil gevonden in verlichting van de pijn, aantal complicaties, gemiddelde genezingsduur van de fissuur en duur van het werkverzuim.

In de groep van patiënten die dilatatie onderging, waren na bijna een jaar 8 recidieven voorgekomen, in de sfincterotomiegroep 1, een statistisch significant verschil ($p < 0,05$). De functionele resultaten (afscheiding, incontinentie) bleken significant beter te zijn in laatstgenoemde groep ($p < 0,002$). Wat betreft de wijze van verdoving was er geen verschil in waardering tussen beide groepen.

Hoewel het bezwaar tegen plaatselijke verdoving bij dilatatie van de anus, dat veel minder is bij sfincterotomie, door de auteurs wordt onderkend, concluderen zij dat de laterale subcutane sfincterotomie de behandeling van keuze is voor de chronische fissura ani wegens het geringe aantal recidieven en de goede poliklinische uitvoerbaarheid. Referent tekent hierbij aan dat het gebruik van regionale of algemene anesthesie, die ook poliklinisch mogelijk zijn, de resultaten van de dilatatie van de anus zodanig kunnen verbeteren, dat geen verschil tussen beide methoden meer kan worden gevonden.

LITERATUUR

- ¹ Jensen SL, Lund F, Nielsen OV, Tange G. Lateral subcutaneous sphincterotomy versus anal dilatation in the treatment of fissure in ano in outpatients: a prospective randomised study. *Br Med J* 1984; 289: 528-30.

A.J.P.M. OVERBEKE

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)

Amylase-iso-enzymen als hulpmiddel bij het onderzoek van pseudokysten van het pancreas

In de klinische les van Verhaar en Van Velthoven (1984, bl. 1793) wordt vooral gewezen op de betekenis van het echografische en computertomografische onderzoek bij de diagnostiek van pseudokysten van het pancreas. Voorts is in het serum van bijna 90% van de patiënten het amylasegehalte verhoogd.

Hyperamylasemie kan veel oorzaken hebben. Bepaling van de amylase-iso-enzymen met elektroforese is meestal verhelderend, zeker bij pseudokysten van het pancreas.¹ Ter verduidelijking het amylase-iso-enzymverloop gedurende het ziekteproces van een 23-jarige vrouw, die, evenals de 2 besproken patiënten, bij een val van de fiets het stuur in de buik kreeg. Het normale iso-enzym patroon is één P-fractie (pancreas) en één S-fractie (speekselklier). Twee dagen na opname toonde het serum van de patiënte het kenmerkende beeld van acute pancreatitis (2 P-fracties met hoge activiteit), terwijl na 1 week patiënte het ziekenhuis kon verlaten; het beeld was normaal. Ruim 6 weken nadien werd patiënte opnieuw opgenomen. Nu zijn 3 P-fracties te zien, vrijwel bewijzend voor een pseudokyste van het pancreas, hetgeen echografisch werd bevestigd. Drie weken na heropname was de pseudokyste echografisch niet meer aantoonbaar; het amylase-iso-enzymbeeld was weer normaal, hetgeen wees op spontane resorptie.

In een groep van 73 patiënten met pancreasaandoeningen – acute pancreatitis 25, chronische pancreatitis 25, pancreascarcinoom 12 en pseudokyste 11 – werden alleen bij de

patiënten met een pseudokyste 3 pancreasiso-enzymen in het bloed aangetoond; bij 9 van de 11 patiënten met een pseudokyste bestond dit verschijnsel. Derhalve in onze groep een sensitiviteit van 82% en een specificiteit van 100%.

LITERATUUR

- ¹ Weaver DW. Aged amylase. A valuable test for detecting and tracking pancreatic pseudocysts. *Arch Surg* 1982; 117: 707-11.

Breda,
Amsterdam, november 1984

C. KAMMERAAT
F.J. HOEK
G.T.B. SANDERS

De ervaringen van de collegae Kammermaat, Hoek en Sanders met elektroforese van amylase in het serum bij patiënten met pancreasaandoeningen zijn interessant. De amylasemoleculen zouden op twee verschillende loci van chromosoom 1 worden gedetermineerd. De pancreasamylase wordt op locus 1 afgeschreven, terwijl in alle andere weefsels die amylase produceren, gebruik wordt gemaakt van de andere locus. Dit maakt fractionering in een P- (pancreas) en S- (speekselklier) fractie mogelijk.

In de P-groep kunnen meerdere subgroepen worden onderscheiden. Deze ontstaan waarschijnlijk door deaminering van delen van de amylasemolecule. Dit proces treedt ook bij andere enzymen op en wordt wel als veroudering gekenschetst. Het wordt bij amylase pas kwantitatief herkenbaar als de halfwaardetijd flink wordt verlengd, zoals bij ophoping in een pseudokyste. Er verschijnen dan extra pieken in het elektroforesepatroon. Voor de diagnose pancreaspseudokyste is wel een percentage van 15% verouderde amylase als criterium gehanteerd. Kamme-

raat et al. zagen in hun groep patiënten, dat het voorkomen van drie pieken in de P-fractie al voldoende betrouwbaar was voor de diagnose pancreaspseudokyste.

Onderzoek van iso-enzymen van het pancreas lijkt bij de screening op pancreaspseudokyste wel mogelijkheden te bieden. Voor het stellen van de indicatie tot operatie heeft de bepaling geen waarde. Vergelijkend onderzoek naar de diagnostische waarde van elektroforese en echografie of CT-onderzoek is ons niet bekend. Overigens menen wij, dat gezien de grootte van de groep patiënten met pancreaspseudokysten de getallen over sensitiviteit en specificiteit slechts een beperkte waarde hebben.

Maastricht,
Alkmaar, december 1984

J.A.N. VERHAAR
P.C.M. VAN VELTHOVEN

Niet-ingedaalde testis en orchidopexiefrequentie

De onlangs gepubliceerde artikelen van Snick en van De Muinck Keizer-Schrama et al. (1984; resp. bl. 2077 en 2081) geven mij het volgende in: Het artikel van Hoogendoorn in 1977 in dit tijdschrift (bl. 1625), betreffende de te hoge orchidopexiefrequentie in Nederland, was ook voor mij aanleiding om een onderzoek in te stellen naar het voorkomen van maldescensus testis, in het kader van de vervolgopleiding Jeugdgezondheidszorg te Leiden (NIPG). Ik onderzocht 1000 jongens tussen 8 en 16 jaar op afwijkingen in de testisligging. De onderzoeksperiode liep van augustus 1981 t.m. januari 1983.

Het bij dit onderzoek gevonden percentage maldescensus testis kwam hoger uit dan de 0,78% van o.a. Scorer en Hirasings, maar aanzienlijk lager dan de 4½% die door Hoogendoorn was genoemd op grond van berekeningen. Bij de 732 jongens van 0-6 jaar was bij 1,3-1,4% de testisligging afwijkend; bij de 268 jongens van 6-16 jaar bleek er bij 2,6% een maldescensus testis te bestaan. Bij toetsing is dit verschil niet significant.

Tot aan de eerste klas-leeftijd (625 jongens) bleken er geen jongens behandeld te zijn in verband met een afwijkende testisligging. Er waren van de 1000 onderzochte jongens 3 behandelingen verricht en wel een orchidopexie op de leeftijd van 7 jaar en 11 maanden en 2 Pregnylkuren op de leeftijd van 11 jaar en 2 maanden en 14 jaar en 3 maanden. Als gevolg van de veranderde opvattingen ten aanzien van de leeftijd van behandeling werden door mij 16 jongens verwezen vanaf de leeftijd van 1½ jaar. Van hen kregen 5 jongens een Pregnylkuur met zeer matig resultaat. Vier jongens ondergingen een orchidopexie, met een positievere uitslag. De overige jongens werden door huisarts of kinderarts voorlopig nog onder controle gehouden. Ik kan me dan ook wel voorstellen dat als gevolg van een vroegere behandeling er een tijdelijke verhoging van de orchidopexiefrequentie is te verwachten (inhaalorchidopexieën). Dit doet niets af aan het feit dat er ten onrechte ook nog veel retractiele testes worden geopereerd!

In mijn populatie werd gemiddeld bij 9,2% retractiliteit geconstateerd. Bij de 5- en 6-jarigen was dit percentage echter het hoogste, nl. 13,9. Bij zuigelingen werd de eerste retractiele testis pas vanaf de 26e levensweek geconstateerd. Vandaar ook het belang van testisonderzoek én registratie voor die termijn.

In Amsterdam waar de Jeugdgezondheidszorg van 0-18 jaar onder zorg van de GG en GD valt, was er wel een beter longitudinaal volgen van vroeger genoteerde bevindingen (0-4 jaar) mogelijk. Het bleek echter wel dat op de oudere

gezondheidskaarten waar geen aparte rubriek voor de genitalia was, de testisligging niet was vermeld. Bij de sinds ongeveer 5 jaar in zwang zijnde nieuwe gezondheidskaarten met wel deze rubriek was er een veel betere notitie gemaakt. Het invoeren van het „ballenkaartje” zou daarom landelijke toepassing verdienen. Wat mij verder opviel in de artikelen in het hierboven genoemde tijdschrift was het niet vermelden van het warme bad in het ziekenhuis pre-operatief, bij elke jongen die opgenomen is voor orchidopexie.

Ten slotte wil ik opmerken dat meer en verder onderzoek in Nederland zinvol zou zijn om tot een goede frequentiebepaling van maldescensus testis te komen.

Amsterdam, november 1984

W.A.J.J. WILLEMS

Willems vindt in haar onderzoek een hogere frequentie maldescensus testis dan de 0,78% van Scorer en Hirasings. Vermoedelijk ligt de oorzaak in de aard van haar onderzoek: de jongens werden incidenteel op een bepaalde leeftijd onderzocht. Het door mij aangehaalde onderzoek op consultatiebureaus in de regio Leiden en 's-Gravenhage gebeurde longitudinaal. Na vijf of meer onderzoeken blijkt dan nog slechts bij 0,4% een echte maldescensus testis te bestaan. Dit bevestigt nog eens hoe moeilijk de diagnose retractiele testis is bij eenmalig onderzoek. Ik geloof zeker dat er een „inhaal-effect” bestaat door het opereren op jongere leeftijd: wellicht worden meer jaarklassen in één jaar geopereerd. Een eenvoudige rekensom leert echter dat dit maar een kleine fractie van het grote aantal orchidopexieën kan uitmaken: in 1982 zijn 7.288 orchidopexieën verricht in Nederland. De verwachte frequentie is 850 per jaar. In één jaar werden dus 8,5 maal meer operaties verricht dan verwacht, dat betekent 8,5 jaarklassen jongens. En dat herhaalt zich jaar in, jaar uit. Indrukwekkend is wel het percentage retractiele testes dat Willems vaststelt: in de gehele onderzoeksgroep (0-16-jarigen) 9,2%, bij de 5-6-jarigen 13,9%. Dit steunt mijn vermoeden dat jonger opereren mede oorzaak is van de sterke stijging van het aantal orchidopexieën.¹

Tenslotte stelt Willems vast dat het reserveren van een aparte rubriek voor de genitalia op de gezondheidskaart stimulerend werkt op het noteren van de ligging van de testis. Het is jammer dat in het „Groeiboekje”, uitgegeven door de kruisverenigingen in samenwerking met het Stedelijk Orgaan G.V.O. te Den Haag, 4e uitgave, 1981, geen ruimte is voorzien voor dit belangrijke gegeven. Het goed documenteren van de ligging van de testis bij de geboorte, met verstrekken van het kaartje aan de ouders, zal zekerheid geven over de ligging van de testis, en het „preoperatieve warme bad” overbodig maken.

LITERATUUR

- ¹ Snick HKA. Schijnbare verdubbeling van de frequentie van maldescensus testis in Engeland en Wales. (Referaat) Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 2107-8.

Vlissingen, november 1984

H.K.A. SNICK

Het door collega Willems gevonden hoge percentage retractiele testikels bij 5- en 6-jarigen is geheel in overeenstemming met het onderzoek van Farrington.¹ Het goed vastleggen van de testikelpositie gedurende de gehele groeiperiode van het kind dient landelijk gepropageerd te worden, evenals het opvragen van deze vastgestelde gegevens door de behandelende artsen. Patiënten, die in ons ziekenhuis worden opgenomen voor orchidopexie, zijn vele malen (tijdens LH-RH-behandeling wel 6 tot 8 maal)