

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 4¹/₂% 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 1¹/₂ 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)

onderzocht en tevens is met de ouders afgesproken de testikelling thuis in een warm bad te bekijken. Om die redenen gaan deze kinderen in het ziekenhuis niet vóór de operatie in een warm bad om retractiliteit uit te sluiten. Uiteindelijk wordt tijdens narcose, vóór de operatie aanvangt, de testikelling bepaald en nogmaals retractiliteit uitgesloten.

LITERATUUR

¹ Farrington GH. The position and retractability of the normal testis in childhood with reference to the diagnosis and treatment of cryptorchidism. *J Pediatr Surg* 1968; 3: 53-9.

Rotterdam,
december 1984

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

Door Willems wordt vermeld, dat ik een percentage van 4,5 noem als frequentie van maldescensus. Dit is niet juist. Ik heb beweerd, dat bij bestending van de in 1975 aangetroffen situatie, orchidopexieën bij 4,5% van de jongens zullen gaan plaatsvinden. Orchidopexie en maldescensus mogen niet als identiek worden beschouwd.

Wijhe, november 1984

D. HOOGENDOORN

Levercelbeschadiging bij zwangerschapstoxicose

In hun artikel (1984; bl. 2032) tonen Treffers et al. aan dat zwangerschapstoxicose met levercelbeschadiging een ernstig ziektebeeld is met (a) een hoge kindersterfte (14%) en (b) een hoog percentage (34) sectio caesarea op foetale indicatie (= foetale nood?). (Aangenomen dat alleen bij een levend kind in utero een sectio caesarea is verricht en dat er ongetwijfeld een aantal gevallen van intra-uteriene vruchtdood in deze groep waren, is het percentage sectiones eigenlijk nog hoger en zou het verschil met de groep zonder levercelbeschadiging vermoedelijk wel significant geweest zijn.)

Hierna wordt met twee goed aflopende ziektegeschiedenissen aangetoond dat een afwachtend beleid bij deze zwangerschapsproblematiek gerechtvaardigd is. Deze conclusie lijkt mij gezien de hoge kindersterfte en het hoge percentage foetale nood voorbarig. De mogelijke vermijdbaarheid van kindersterfte, de toestand van het kind post partum en de maternale morbiditeit waren betere maatstaven geweest om tot conclusies te komen. Analyse van deze gegevens had vermoedelijk eveneens enig licht kunnen werpen op het probleem bij welke patiënt af te wachten en bij welke patiënt een agressiever beleid te voeren ter vermindering van verwickelingen bij de foetus en (of) de moeder.

Utrecht, november 1984

H.W. BRUINSE

In ons artikel hebben wij zeker niet ongenueanceerd betoogd dat een „afwachtend beleid bij deze zwangerschapsproblematiek gerechtvaardigd is”. Integendeel: wij toonden aan dat frequent foetale nood optreedt, zeer vaak werd op grond daarvan een sectio caesarea verricht. De perinatale sterfte was desondanks hoog (16 patiënten). Wij vermeldde dat in twee gevallen neonatale sterfte optrad na het verrichten van een sectio caesarea (bij 30 en 33 weken), en dat bij 9 patiënten op grond van diverse gegevens, vooral de korte zwangerschapsduur en het laag geschatte gewicht van het kind, werd afgezien van sectio caesarea ondanks

verschijnselen van foetale nood. Het gaat hier over de periode 1977-1981; de criteria om tot sectio caesarea over te gaan onder de beschreven omstandigheden zijn de laatste jaren ook in onze kliniek vrij sterk verschoven in de richting van kortere zwangerschapsduur en lagere gewichten. Discussies over de vermijdbaarheid van de sterfte hebben bij die verschillende maatstaven niet veel zin. Slechts zij vermeld dat de laatste jaren door een actiever beleid de sterfte wat lager is geworden, maar tevens iets is verschoven van intra-uterien naar neonataal.

Van de 16 gevallen van perinatale sterfte blijven dus 5 over. Eenmaal was er een calamiteit (leverruptuur) waarvoor de patiënte van elders werd opgenomen nadat een intra-uteriene vruchtdood was ontstaan, eenmaal was er een discutabel te conservatief beleid bij eclampsie, eenmaal ontstond een solutio placentae bij 31 weken, eenmaal trad een intra-uteriene vruchtdood op 1½ uur na opname van elders, en eenmaal was er een (achteraf gezien vermijdbare) intra-uteriene vruchtdood. Scherper letten op verschijnselen van foetale nood tijdens de opname in onze kliniek zou waarschijnlijk bij twee van deze patiënten sterfte hebben kunnen voorkomen; een systematisch veel actiever beleid dan door ons gevoerd zou daarentegen het resultaat niet hebben verbeterd.

Wat betreft de moederlijke mortaliteit en morbiditeit: in ons artikel werd één geval van maternale sterfte vermeld ten gevolge van een subcapsulair hematoom van de lever bij een patiënte die om die reden naar ons werd verwezen. Dit was tevens het enige geval van maternale sterfte in verband met zwangerschapstoxicose dat wij in de afgelopen 15 jaar in onze kliniek hebben meegemaakt. Ernstige morbiditeit was er wel, maar vrijwel uitsluitend na en ten gevolge van sectio caesarea; in een vorig artikel beschreven wij de postoperatieve bloedingscomplicaties die door ons werden gezien.

Onze conclusie was en is daarom: een conservatief beleid is bij zwangerschapstoxicose, ook wanneer levercelbeschadiging is aangetoond, verantwoord onder zorgvuldige controle van moeder en kind. Slechts zelden zal in het belang van de moeder een sectio caesarea moeten worden verricht. In het belang van de foetus kan een sectio caesarea daarentegen veel vaker noodzakelijk worden; voor de moeder levert dit dan een extra risico op.

Amsterdam, december 1984

P.E. TREFFERS
M.E. SMORENBERG-SCHOORL
G.H. WEENINK

Fistelsluiting met fibrinelijm; rectificatie van de auteurs

In ons artikel (1984, bl. 2306-7) zijn helaas enkele onnauwkeurigheden geslopen, die tot misverstand t.a.v. de toepassing van fibrinelijm bij fistels aanleiding zouden kunnen geven.

Bij de besproken patiënte werd indertijd onder de diagnose colitis ulcerosa een subtotaal colectomie verricht, maar later moest deze diagnose gewijzigd worden in ziekte van Crohn. De uiteindelijk hardnekkig persisterende fistel na de proctectomie was een presacrale, perineale fistel zonder verbinding met de darm en niet zoals vermeld een perianale fistel. De beschreven methode is dus allerminst geschikt voor perianale fistels bij de ziekte van Crohn, maar alleen voor hardnekkige, niet of weinig purulente fistels, die niet door sekwesters, corpora aliena of verbinding met secernerende organen onderhouden worden.

Amersfoort, december 1984

L.A. BOUVY