

onderzocht en tevens is met de ouders afgesproken de testikellinging 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 testikellinging 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 bloedingcomplicaties 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