

samen met endarteriitis. Deze werd in geen enkel biop gevonden. Ook waren er geen histologische veranderingen waaruit zou blijken dat secundaire syfilis predisponert voor levercirrose.

LITERATUUR

- 1 Polano MK, Kreuning J. Secundair luetische hepatitis. Ned Tijdschr Geneesk 1975; 119: 1551.
- 2 Mulder AH. Primaire syfilis met verschijnselen van hepatitis. Ned Tijdschr Geneesk 1980; 124: 973-5
- 3 Fehér J, Somogyi T, Timmer M, Josza L. Early syphilitic hepatitis. Lancet 1975; ii: 896-9.
- 4 Pareek SS. Liver involvement in secondary syphilis. Dig Dis Sci 1979; 24: 41-3.
- 5 Menke HE. Immunglobulinen en thymolroebeeling bij vroege syfilis. Rotterdam, 1975. Proefschrift.
- 6 Terry SI, Hanchard B, Brooks SEH, McDonald H, Siva S. Prevalence of liver abnormality in early syphilis. Br J Vener Dis 1984; 60: 83-6.

J.J.E. VAN EVERDINGEN

Diversen

Calciumsuppletie onvoldoende voor preventie van postmenopauzale osteoporose?

De gemiddelde levensduur in ons land neemt gestadig toe, de menopauzeleeftijd verandert nauwelijks. De levensfase tussen menopauze en levenseinde wordt derhalve steeds langer. Na de menopauze verliest een vrouw per jaar ongeveer één procent van haar botmassa. Dit kan leiden tot ernstige osteoporose en een aanzienlijke toeneming van kans op fracturen bij bejaarde vrouwen. De consequenties daarvan zijn aanzienlijk.

Als osteoporose op een veilige en goedkope manier voorkomen kan worden, valt preventie te overwegen. Calciumsuppletie wordt reeds lang voor dit doel geadviseerd.

seerd. Het staat vast dat calcium in combinatie met andere geneesmiddelen postmenopauzale osteoporose kan voorkomen. Of calciumsuppletie alléén doeltreffend is, werd tot voor kort aan de hand van een aantal niet altijd even overtuigende onderzoeken verondersteld.^{1,2} In Kopenhagen werd deze veronderstelling onlangs onderzocht in een onderzoek bij 103 vrouwen in de vroege menopauze;³ op basis van de hoeveelheid calcium in de voeding werden drie groepen onderscheiden: minder dan 550, resp. 550-1150 en meer dan 1150 mg per dag. Alle vrouwen kregen gedurende 2 jaar per dag 500 mg calcium extra. Om de 3 maanden werd de mineralendichtheid in het bot door middel van photonabsorptiemetrie bepaald. In de loop van het onderzoek deed zich in alle drie de groepen – ondanks extra calciumgebruik – een normale vermindering van mineralendichtheid voor. Uit de bevindingen na twee jaar werd geconcludeerd dat een calciumopname van 1000-2000 mg per dag géén osteoporoseremmend effect heeft.

Het is reeds lang bekend dat postmenopauzale osteoporose door calcium te zamen met oestrogenen voorkomen kan worden. Nu gebleken is dat deskundig gebruik van oestrogenen zeer weinig risico's heeft, lijkt het goed meer aandacht aan preventie van postmenopauzale osteoporose te besteden. Om medische en economische redenen is het dan wel noodzakelijk de indicatie tot preventie scherp te stellen.

LITERATUUR

- 1 Heaney RP, Recker RR, Saville PD. Menopausal changes in bone remodelling. J Lab Clin Med 1978; 92: 964-70.
- 2 Riggs BL, Hodgson SG, Hoffman DL, Kelly PJ, Johnson KA, Taves D. Treatment of primary osteoporosis with fluoride and calcium. JAMA 1980; 243: 446-9.
- 3 Nilas L, Christiansen C, Rødbro P. Calciumsupplementation and postmenopausal bone loss. Br Med J 1984; 289: 1103-6.

J.H.J.M. MEUWISSEN

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)

Resultaten van intranasale toediening van synthetisch luteïnizing hormone-releasing hormone wegens niet-ingedaalde testes

Het artikel van Wit et al. (1985; 300-5) heeft bij mij als niet-clinicus een aantal vragen opgeroepen.

1. Allereerst de vraag of een niet-ingedaalde testis wel behandeld moet worden. Is er iets bekend over de prevalentie van niet-ingedaalde testes bij volwassen mannen, vooral bij mannen ouder dan 40 jaar? En is er iets bekend over het nakomelingschap en testistumoren bij mannen ouder dan 40 jaar met niet-ingedaalde testes? Een kleine aanwijzing vond ik in het artikel van Hirasing et al. waarin werd geciteerd, dat de frequentie van niet-ingedaalde testes bij dienstplichtige militairen 0,5 tot 1,0% bedroeg.¹ Het ging echter om buitenlandse literatuur uit de veertiger jaren. Het lijkt mij dan ook zinvol om te weten of er gegevens over Nederlandse mannen zijn, welke de noodzaak tot behandeling ondubbelzinnig aantonen.

2. Zijn er in de groep met bilateraal cryptorchisme kinderen geweest waarbij één testis wel op behandeling

reageerde en de andere testis niet? Zo ja, heeft men dan een mogelijke verklaring voor dit verschijnsel?

3. Waarom wordt er een zeer nauwkeurige opgave gedaan van de leeftijden (11,92 jaar = 11 jaar en 336 dagen)? Wat werd bedoeld met het gemiddelde; rekenkundig gemiddelde of mediaan? Ik denk dat een kolomgrafiek duidelijker was geweest. In de beschouwing stellen de schrijvers dat er geen onderzoek bekend is over de betrouwbaarheid van de kwantitatieve meting. Toch wordt in de resultaten gemeld dat er bijv. in de placebogroep indaling was van 0,1 tot 0,6 cm. Deze nauwkeurigheid contrasteert volgens mij met de onzekerheid over de betrouwbaarheid van de meting.

4. In de tekst staat dat na 8 weken in de placebogroep 3% een scrotale indaling had, terwijl in tabel 1 0% wordt gemeld. Welke van de twee getallen is juist?

LITERATUUR

- 1 Hirasing RA, Grimberg R, Hirasing HD. De frequentie van niet-ingedaalde testes bij jonge kinderen. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 2294-6.

Almere, februari 1985

E. CRANENDONK

Collega Cranendonk stelt enige relevante vragen, die ik graag wil beantwoorden.

1. De beslissing niet-ingedaalde testes te behandelen, berust op drie argumenten:

– de hoge frequentie van infertiliteit indien behandeling pas plaatsvindt op een late leeftijd.¹

– de na het tweede tot derde levensjaar toenemende afwijkingen bij histologisch onderzoek van testisweefsel.

– de verhoogde kans op testistumoren.²

De prevalentie van niet-ingedaalde testes bij Nederlandse volwassen mannen is naar mijn weten nooit onderzocht, en is ook niet meer onderzoekbaar omdat behandeling vrijwel altijd voor de puberteit plaatsvindt.

2. In de groep kinderen met bilateraal cryptorchisme waren er drie waarbij de ene testis wél en de andere onvoldoende reageerde. Er zijn geen experimentele gegevens, die hiervoor een verklaring leveren. Er zijn echter geen redenen om aan te nemen, dat de oorzaak van niet-indaling aan de rechter- en de linkerkant altijd gelijk moet zijn. Verder kunnen ook bij gelijke oorzaak de anatomische verhoudingen rechts en links verschillen.

3. Het is in de kinderendocrinologie gebruikelijk de leeftijd in decimalen aan te geven met 2 cijfers achter de komma. Met het gemiddelde is het rekenkundig gemiddelde bedoeld. Voor een histogram ontbrak de ruimte. De kwantitatieve meting heeft evenals de beschrijvende, een bepaalde onnauwkeurigheid. Een schatting van deze onnauwkeurigheid zal binnenkort door ons worden gepubliceerd. De indaling van 0,1 tot 0,6 cm met placebo valt binnen de onnauwkeurigheid van de meting, zoals ook af te leiden is uit het ontbreken van statistische significantie.

4. Het getal in de tabel is juist. Helaas is de vergissing in de tekst aan onze aandacht ontsnapt.

LITERATUUR

¹ Leliefeld HHJ, Peulen GJA. De fertiliteitsprognose na orchidopexie. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 201-3.

² Anonymus. Betekent cryptorchisme op latere leeftijd een grotere kans op testistumoren? (Vraag en Antwoord). Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 143.

Utrecht, maart 1985

J.M. WIT

Rhinotherm en immunodeficiëntie

Collega Feenstra wijst in zijn commentaar „Rhinotherm, geen à terme-therapie” zeer terecht op de onvoldoende wetenschappelijke staving van deze „vernieuwende” therapie (1985; 99-100). Patiënten bij wie, als gevolg van de lokale anatomie of een deficiënte immunorespons tegen het infecterende agens, een in eerste instantie onschuldige rinitis nogal eens aanleiding geeft tot een secundaire sinusitis, zullen begrijpelijkerwijs ieder nieuw middel willen proberen. Zo leek dit apparaat ook voor enkele leden van de sinds eind 1983 bestaande patiëntenvereniging voor immuunstoornissen (corr. adres: Homeruslaan 47, 3581 MD Utrecht), die vaak met deze problemen te maken hebben, een uitkomst te zijn. Gezien de enorme investering en wellicht het gevoel dat het te mooi klonk, hebben zij (gelukkig) eerst advies gevraagd omtrent de voor- en nadelen. Zoals collega Feenstra al schrijft, is er geen of nauwelijks goed gefundeerd onderzoek verricht dat de, door de importeur beloofde, voordelen van dit apparaat bewijst. Dat is op zichzelf al een groot nadeel voor een dergelijk duur apparaat. Hoewel algemeen geldend, komen daar vooral voor de groep patiënten met immunodeficiën-

ties nog twee zwaarwegende nadelen bij. Ten eerste zal men met de hoge temperatuur van de rhinotherm vasodilatatie opwekken. Dit is al ongunstig voor patiënten die snel neigen tot sinusitiden en nog ongunstiger indien men, door een defect in het immuunsysteem, al moeilijkheden heeft met het kunnen omgaan met bacteriën. Ten tweede is het apparaat door de temperatuur en de vochtigheid, indien het niet vóór ieder gebruik gesteriliseerd wordt, een ideale voedingsbodem voor bacteriën (bijv. Pseudomonas) die dan, overigens met de beste bedoelingen, in de neus geblazen worden. Ook dit is voor deze patiënten verre van gewenst.

Nog afgezien van de vraag of het apparaat nu wel of geen beter effect geeft dan de veel goedkopere huismiddeltjes (en indien wel, of dan de mate van verbetering de investering waard is) is het apparaat voor patiënten met een immunodeficiëntie dus duidelijk gecontra-indiceerd. De patiëntenvereniging heeft de importeur dan onlangs ook verzocht om deze contra-indicatie voortaan in de verkoopfolder en gebruiksaanwijzing te willen vermelden.

Leiden, februari 1985

J.D.L. SCHOT

Dank voor uw aanvulling.

Amsterdam, maart 1985

L. FEENSTRA

Eerste resultaten van preoperatieve lokalisatie van bijschildklieradenomen met behulp van subtractie-scintigrafie met technetium-99m en thallium-201

Met belangstelling heb ik kennis genomen van het artikel van Bolk et al. (1985; 216-21). Op de wijze waarop het onderzoek wordt verricht, heb ik kritiek, en wel omdat de schildklier eerst met technetium-99m wordt onderzocht en daarna met thallium-201. Mijns inziens dient de volgorde van de onderzoeken andersom te zijn, nl. eerst met het laag-energetische nuclide thallium-201 en daarna pas met technetium-99m. Immers wanneer men twee of meer radionucliden voor een onderzoek wil benutten, dan moet men beginnen met het laag-energetische nuclide (²⁰¹Tl), zodat de strooistraling van het nuclide met de grotere energie (^{99m}Tc) het onderzoek met het laag-energetisch nuclide niet zal verstoren. Wanneer men het onderzoek op de door auteurs beschreven wijze verricht, moet men een correctie aanbrenge(n) (niet in uw artikel vermeld) voor de comptonbijdrage van het technetium-99m. Dit betekent dat de patiënt langer stil moet liggen dan nodig is, met de kans dat de bewegingsonscherpte groter wordt en kleine adenomen niet meer worden afgebeeld. Ook andere onderzoekers hebben reeds vermeld dat het van groot belang is de gebruikte nucliden in de juiste volgorde te benutten voor het aantonen van afwijkingen aan de bijschildklier.^{1,2}

LITERATUUR

¹ McKillop JA, Bessent RG, Fogelman I. Technetium-thallium subtraction images for location of parathyroid adenomata. J Nucl Med 1984; 25: 1268.

² Winzelberg G, Hydwilz JD. New perspectives on location enlarged parathyroid by technetium-thallium subtraction scan. J Nucl Med 1984; 25: 539. -

Amersfoort, januari 1985

G. DE HAAS