

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.<sup>1</sup>

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

– de verhoogde kans op testistumoren.<sup>2</sup>

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

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

<sup>2</sup> 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 (<sup>201</sup>Tl), zodat de strooistraling van het nuclide met de grotere energie (<sup>99m</sup>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.<sup>1,2</sup>

#### LITERATUUR

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

<sup>2</sup> 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