

volumina aan geëvacueerde urine. Verschijnselen als hypotensie of collaps werden na de catheterisatie niet waargenomen.

Hoewel op het onderzoek enige kritiek mogelijk is – het ontbreken van een controlegroep, het volledig buiten beschouwing laten van cystitis als oorzaak van gering bloedverlies – mag worden aangenomen dat hematurie geen gevaar is, verbonden aan een snelle en volledige decompressie van de blaas. De auteurs concluderen terecht, dat blaascatheterisatie in één tempo een praktische en veilige methode is. De omslachtige routine van de geleidelijke decompressie is irrationeel en obsoleet.

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)

De retractiele testis

Bax et al. bespreken de problematiek van de testisindaling in de verschillende levensfasen (1985; 1364-6). Zij vragen zich af waarom Scorer reeds bij de pasgeborene over normale indaling spreekt bij een testis die op een afstand van 4 cm onder de bovenrand van de symfyse ligt. Scorer zelf geeft dat aan in de aansluitende zin van het geciteerde artikel: „All of those at 4 cm immediately after birth will be found to be lower a few days later”.¹ „Lower” betekent bij Scorer 5 tot 8 cm diep. Het lijkt me niet reëel dan nog te twijfelen aan de indaling. Na de neonatale periode bemoeilijkt de cremasterreflex het onderzoek. Hier vragen de auteurs zich af wat „retractiliteit” is. In mijn publikatie heb ik aangetoond dat herhaald onderzoek van het kind een duidelijke diagnose mogelijk maakt.² De Walcherse schoolartsen beschrijven nauwkeurig de ligging van de testis: hoog, midden of laag in het scrotum. Dit wordt veelal met een tekening geïllustreerd. In het onderzoek op Walcheren was bij 42 (63%) van de kinderen de testis vóór operatie midden of laag in het scrotum gevoeld. Bij 8 kinderen was de testis hoog-scrotaal gelegen: die 8 kinderen heb ik niet opgenomen in de groep „eerder in het scrotum aanwezig”, en dus niet als retractiel beschouwd.

Bax et al. overtuigen me niet dat een scherpere definitie van de testisindaling, die dan ook nog klinisch bruikbaar moet zijn, de resultaten van mijn onderzoek zou beïnvloeden. Zij geven geen concrete voorstellen tot betere definiëring, ze adviseren wel een testis die bij onderzoek niet „spontaan diep in het scrotum ligt, of daar na manipulatie niet blijft liggen”, operatief te behandelen. Dit advies baseren zij op de hypothese dat het feit dat bij volwassenen niet zelden één testis enkele centimeters hoger zit, kleiner is en zachter aanvoelt dan de andere, zou wijzen op een testiculaire indalingsstoornis aan die zijde. Dit is echter de normale anatomie, ook bij fertiele volwassenen: de linker testis is hoger gelegen dan de rechter, het volume is 10% kleiner³ en de consistentie is zachter.⁴ De schrijvers geven geen argumenten die aantonen dat het door hen geadviseerde beleid zal leiden tot een betere fertiliteit. Het gevaar is reëel dat rigoureuze toepassing van dit criterium, vooral bij jonge kinderen met een levendige cremasterreflex, een toename van het aantal orchidopexieën zal veroorzaken. De kans dat dit eerder tot fertiliteitsvermindering zou leiden is niet denkbeeldig.⁵

Ook al is een scherpere definiëring uiteraard toe te juichen, toch blijf ik van mening dat herhaald onderzoek in

LITERATUUR

- 1 Creevy CD. Sudden decompression of the chronically distended urinary bladder. Arch Surg 1932; 25: 356-85.
- 2 Hryntsck Th. Sudden and complete decompression versus slow emptying of the distended urinary bladder. J Urol 1949; 61: 545-9.
- 3 Osius TG, Hinman Jr F. Dynamics of acute urinary retention: a manometric radiographic and clinical study. J Urol 1963; 90: 702-12.
- 4 Glahn BE, Plucnar BJ. Quick complete emptying of the bladder in 300 cases of urinary retention. The occurrence of haematuria. Dan Med Bull 1984; 31: 68-70.

J. BENDER

P.J.R.O. VAN HELSDINGEN

de tijd de meeste informatie geeft over de testisindaling. Zolang nog niet van ieder kind de ligging van de testis bij de geboorte bekend is, is het daarom bij twijfel aan de diagnose zeker verantwoord de behandeling tot na het tweede levensjaar uit te stellen. Er is geen overtuigend klinisch onderzoek dat aantoont dat behandeling vóór het derde levensjaar de fertiliteit verbetert. Daarentegen zijn er wel sterke aanwijzingen dat de histologische afwijkingen die vanaf het tweede jaar in de testis worden gevonden⁶ tot na de puberteit reversibel blijven.⁷⁻¹¹

LITERATUUR

- 1 Scorer CG. The descent of the testis. Arch Dis Child 1964; 39: 605-9.
- 2 Snick HKA. De te hoge orchidopexiefrequentie; onderzoek en maatregelen op Walcheren. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 2077-81.
- 3 Johnson L, Petty CS, Neaves WB. Influence of age on sperm production and testicular weights in man. J Reprod Fertil 1984; 70: 211-4.
- 4 Lewis EL, Rasor MO, Overstreet JW. Measurement of human testicular consistency by tonometry. Fertil Steril 1985; 43: 911-6.
- 5 Frankenhuis MT, Wiegerinck MAHM, Schoorl M, Kremer J, Wensing CJG. The origin of orchidopexy induced testicular lesions in the pig. Fertil Steril 1979; 32: 583-7.
- 6 Hadziselimovic F, Girard J, Herzog B. 4 Jahre Erfahrung mit der hormonellen kontinuierten Behandlung des Kryptorchismus. Z Kinderchir 1984; 39: 324-7.
- 7 Frankenhuis MT, Wensing CJG. Induction of spermatogenesis in the naturally cryptorchid pig. Fertil Steril 1979; 31: 428-33.
- 8 Mieusset R, Grandjean H, Mansat A, Pontonnier F. Inhibiting effect of artificial cryptorchidism on spermatogenesis. Fertil Steril 1984; 43: 589-94.
- 9 Silber JC. Recovery of spermatogenesis after testicle autotransplantation in an adult male. Fertil Steril 1982; 38: 632-4.
- 10 Comhaire F, Derom F, Vermeulen L. Recovery of spermatogenesis in an azoospermic patient after operation for bilateral undescended testes at the age of 25 years. Int J Androl 1978; 1: 117-21.
- 11 Britton BJ. Spermatogenesis following bilateral orchidopexy in adult life. Br J Urol 1975; 47: 464.

Vlissingen, augustus 1985

H.K.A. SNICK

De reactie van collega Snick onderstreept opnieuw dat er geen eensgezindheid bestaat over wat onder normale testiculaire indaling bij de geboorte moet worden verstaan. In zijn artikel in dit tijdschrift wordt de retractiele testis nauwelijks gedefinieerd;¹ ooit eens in het scrotum gevoeld, lijkt doorslaggevend te zijn. Thans komt hij hierop terug door te schrijven dat hoog-scrotales testes niet als retractiel werden beschouwd. Hoe hij trouwens retrospectief uit gegevens van collega's tot conclusies over het al dan niet retractiel geweest zijn van een geopereerde testis kan komen, is ons niet duidelijk. Zelfs in prospectieve onderzoeken uitgevoerd door een vaste groep van onderzoe-

kers, blijkt de diagnose „retractiele testis” niet eenvoudig te zijn.² Bij opeenvolgend onderzoek kan men trouwens ook wel eens tot de conclusie komen dat een testis die tijdens vorig onderzoek eerder retractiel aandeed, toch duidelijk te hoog ligt. Dat er fysiologische verschillen bestaan tussen de rechter en de linker testis op volwassen leeftijd is ons bekend. Uiteraard werden in ons artikel pathologische verschillen bedoeld! De overweging werd trouwens niet gebruikt om meer te opereren, doch om er op te wijzen dat deze pathologische verschillen wel eens uitingen van mis-kende indalingsstoornissen zouden kunnen zijn.

Hoe de geadviseerde beleidslijn om de definitieve beslissing tot operatie pas na onderzoek onder algehele narcose en spierrelaxatie en dus na uitschakeling van dartos- en cremasterreflex te nemen, het aantal onnodige operaties zou kunnen doen toenemen, is ons niet duidelijk. Aan dit, ons inziens belangrijke advies gaat collega Snick volledig voorbij. De uitspraak dat er sterke aanwijzingen zouden bestaan dat de morfologische veranderingen in een testis met een indalingsstoornis tot na de puberteit reversibel zouden zijn, kan niet aan de hand van enkele casuïstische mededelingen hard worden gemaakt en strookt niet met de gangbare mening in de literatuur.³ Of een vroege behandeling inderdaad superieur zal blijken, is nog niet goed te bepalen, aangezien de follow-up-periode nog te kort is. Bij een late behandeling zijn de resultaten in elk geval matig tot slecht, ook wanneer met HCG-behandeling een scrotale positie bereikt wordt.⁴

LITERATUUR

- ¹ Snick HKA. De te hoge orchidopexiefrequentie; onderzoek en maatregelen op Walcheren. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 2077-81.
- ² Wit JM, Delemarre-van de Waal HA, Jansen M, et al. Resultaten van intranasale toediening van synthetisch luteïnizing hormone-releasing hormone wegens niet-ingedaalde testis. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 300-4.
- ³ Hedinger C. Histopathology of the cryptorchid testis. In: Bierich JT, Giarola A, eds. Cryptorchidism. London: Academic Press, 1979: 29-37.
- ⁴ Richter W, Pröschold M, Butenandt O, Knorr D. Die Fertilität nach HCG-Behandlung des Maldescensus Testis. Klin Wochenschr 1976; 54: 467-73.

Utrecht, september 1985

N.M.A. BAX
M.H. RÖVEKAMP
A.J. PULL TER GUNNE
J.M. WIT

Het vóórkomen van geslachtsziekten in noordelijk Zuid-Holland; epidemiologische informatie voor de organisatie van de bestrijding

Bij het zeer lezenswaardige artikel van Nijhuis et al. (1985; 1332-6) waarbij een reeds elders gehanteerde en beproefde enquêtemethode als opzet voor het onderzoek werd gekozen, merk ik het volgende op. Genoemde methode heeft mijns inziens alleen kans van slagen wanneer de geënquêteerden in staat zijn ook op adequate wijze de diagnosen gonorrhoe, lues I, lues II en herpes genitalis te stellen. In dit onderzoek dienen zij met name op exacte wijze te kunnen differentiëren tussen gonorrhoeïsche en niet-gonorrhoeïsche infecties. De huisartsen in deze regio spelen een belangrijke rol bij de herkenning en behandeling van bovengenoemde ziekten.

Aangezien uit het onderzoek blijkt dat een zeer hoog percentage van deze artsen nog in het pre-Neisseriaanse tijdperk verkeert en zij om deze reden de eerder genoemde differentiatie niet kunnen maken, verliest deze enquête een groot deel van haar betrouwbaarheid. Het feit dat ook in een

hoog percentage van genoemde artsen alleen van een Gram-preparaat bij de diagnosestelling gonorrhoe gebruik werd gemaakt, maakt het vertrouwen in de gepresenteerde gegevens niet groter. Overigens wordt uit de inhoud van het artikel niet duidelijk of deze inadequate wijze van diagnosticeren in dezelfde mate bij vrouwelijke als bij manlijke patiënten plaatsvond. Het inadequaat diagnosticeren van gonorrhoe doet vermoeden dat de diagnostiek van de primaire en secundaire luetische infectie en van herpes genitalis in een hoog percentage ook wel niet op adequate wijze zal hebben plaatsgevonden. Dit maakt dat in dit onderzoek alle via de huisartsen binnengekregen gegevens met de nodige scepsis dienen te worden bekeken. Overigens zou de, aan het eind van dit artikel genoemde, underreporting van gonorrhoe enigszins verklaard kunnen worden door aan te nemen dat ook niet-gonorrhoeïsche infecties als gonorrhoe zijn gemeld.

Men zou zich kunnen afvragen of nascholing van die huisartsen die zich in het pre-Neisseriaanse tijdvak bevinden, een positieve invloed zou kunnen hebben op hun diagnostisch gedrag bij de herkenning van gonorrhoe. Indien dit niet het geval zou zijn, zou het aanbeveling verdienen aan (potentiële) geslachtsziektepatiënten in deze regio mee te delen dat zij, indien zij zich op gonorrhoe bij hun huisarts willen laten onderzoeken, een grote kans lopen een onvoldoende onderzoek, en wellicht een onvoldoende behandeling te ontvangen.

Rotterdam, juli 1985

E. STOLZ

De opmerkingen van Stolz over de biases, waaraan het meten van het vóórkomen van geslachtsziekten in ons onderzoek mank gaat, zijn valide. Zij zijn op zichzelf bijzonder interessant omdat zij ons wijzen op een van de karakteristieke verschillen tussen puur wetenschappelijk onderzoek en beleidsonderzoek. Wie goed notitie heeft genomen van de titel en van de doelstellingen van ons onderzoek ziet dat onze naspeuringen beoogden informatie te produceren over het vóórkomen van geslachtsziekten in diverse delen van het werkgebied met het doel met behulp hiervan de bestrijding te organiseren. De genoemde biases leiden tot een (veronderstelde) min of meer constante overrespectievelijk onderschatting van het vóórkomen. De onderlinge verhoudingen in de „geslachtsziektenbelasting” voor diverse gebiedjes worden hierdoor echter niet wezenlijk verstoord. Juist deze onderlinge verhoudingen vormen de informatie welke bruikbaar is voor het efficiënt inrichten van de geslachtsziektenbestrijding. Op basis van de constatering dat geslachtsziekten ongeveer 5 maal zo vaak vóórkomen in Den Haag dan in de periferie, is het mogelijk de gegeven capaciteit voor preventief werk zo te verdelen dat Den Haag een veelvoud van de aandacht krijgt in vergelijking tot de periferie.

Stolz is uit op de absolute waarheid over het vóórkomen onder de bevolking voor ieder van de gebiedsdelen. Dergelijke informatie is echter niet te vertalen in een daaraan gerelateerde absolute hoeveelheid preventief werk. Stolz observeert met de identiteit van een zuiver wetenschappelijk onderzoeker. Hij streeft naar het gebruik van universele begrippen (incidentie = alles wat zich voordoet onder de bevolking), naar generaliseerbaarheid en naar de waarheid (formeel theoretisch systeem). Wij vertegenwoordigen in ons onderzoek sterk de identiteit van de beleidsonderzoekers. Het onderzoeksdoel was zeer specifieke informatie over geslachtsziektenproblematiek te produceren welke direct bruikbaar is voor de organisatie van de bestrijding in