

veel gunstiger te zijn. Een blanco anamnese op het gebied van genitale infecties is echter geenszins een waarborg dat het IUD goed wordt verdragen. Ook dan is er een verhoogd risico op tubaire onvruchtbaarheid van 2,7 voor plastic IUD's en 1,8 voor koperhoudende. Bij vrouwen met een niet-blanco anamnese wordt het toch al verhoogde risico door een IUD nog eens verdubbeld. Cramer et al. komen, na vermelding dat volgens ruwe schatting 16% van de tubaire onvruchtbaarheid is toe te schrijven aan het gebruik van een IUD (incl. het Dalkonschildje), tot de conclusie dat het IUD niet het anticonceptivum van de eerste keuze is voor nulliparae, met uitzondering van de nullipara met slechts één partner.²

Commentaar wordt geleverd door Mishell.³ Hij constateert dat de uitkomsten van beide onderzoeken ongunstig uitvielen, omdat de meerderheid van de patiënten het

beruchte Dalkonschildje had gebruikt. Hij verwijst naar onderzoeken met koperhoudende IUD's waarbij de risico's niet verhoogd zouden zijn en besluit met een pleidooi voor de verstreking, vooral aan vrouwen boven de 30 jaar, waarbij door betere voorlichting en begeleiding juist in de eerste maanden de risico's minder zouden kunnen worden. Wellicht is dit nog beter te realiseren met de nieuwe prostagageen bevattende IUD's.

LITERATUUR

¹ Daling JR, Weiss NS, Metch BJ, et al. Primary tubal infertility in relation to the use of an intrauterine device. *N Engl J Med* 1985; 312: 937-41.

² Cramer DW, Schiff I, Schoenbaum SC, et al. Tubal infertility and the intrauterine device. *N Engl J Med* 1985; 312: 941-7.

³ Mishell DR. Current status of intrauterine devices. *N Engl J Med* 1985; 312: 984-5.

F. P. WIBAUT

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 gemodificeerde operatie volgens Nesbit voor de behandeling van kromstand van de penis

De afgelopen jaren werd de operatie voor het reën van de penis, zoals deze in dit tijdschrift door de collegae Zeegers en Zwartendijk (1985; 2505-7) werd beschreven, 15 maal in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt toegepast. Elf maal betrof het een patiënt van wie bekend was dat hij aan de ziekte van Peyronie leed, 3 maal betrof het een zogenaamde congenitale kromstand van de penis en 1 maal een kromstand ten gevolge van een te korte urethra. De gemiddelde leeftijd van de patiënten met de ziekte van Peyronie was 53 jaar en varieerde van 29 tot 65 jaar. De mannen met een congenitale standafwijking waren resp. 16, 18, 20 en 34 jaar. De follow-up na de ingreep bedroeg 1/2 tot 3 jaar en was gemiddeld 1 1/2 jaar. Vóór de operatie kregen 9 van de 11 patiënten met de ziekte van Peyronie 3 maal per week 1,5 gray voorbestraling gedurende 3 weken (13,5 gray totaal). Hierop reageerde de pijn in de meeste gevallen gunstig. Slechts wat passagère urethritis-klachten werden soms als bijwerking gezien. Slechts 2 van de 11 patiënten waren niet geheel gelukkig met het resultaat. Zij klaagden over het feit dat hun penis korter was geworden; gemeenschap was echter wel mogelijk. Sommige patiënten klaagden reeds vóór de operatie over wisselende potentiëstoornissen; deze waren noch in positieve noch in negatieve zin door de ingreep beïnvloed. Bij 3 van de 15 patiënten was na de operatie nog een circumcisie wenselijk wegens overtollige voorhuid. Eén patiënt onderging een excisie van een granuloom ter plaatse van het operatielitteken in het preputium.

Deze gunstige resultaten en het gemak waarmee de operatie is uit te voeren zijn voor ons de reden om met het toepassen van deze behandeling door te gaan.

LITERATUUR

¹ Essed E, Schroeder FH. New surgical treatment for Peyronie disease. *Urology* 1985; 25: 582-7.

M. WESTERHOF
F. H. SCHRÖDER

Rotterdam, september 1985

In de literatuur worden uiteenlopende resultaten vermeld over de conservatieve behandeling van de ziekte van Peyronie. De

oorzaak hiervan is waarschijnlijk gelegen in het feit dat de ziekte van Peyronie een wisselend beloop heeft: een periode van verslechtering van symptomen, gevolgd door een periode van verbetering. In welke periode de behandeling gegeven wordt, is meestal onduidelijk. Vaak is men gedwongen, door de ernst van de klachten, over te gaan tot behandeling.

Prospectieve gerandomiseerde onderzoeken over de conservatieve behandeling van de ziekte van Peyronie ontbreken, ook over de lokale radiotherapie. De resultaten van Westerhof en Schröder betreffende de radiotherapeutische behandeling van de ziekte van Peyronie, zijn bemoedigend. Er zijn echter ook auteurs die goede resultaten hebben met lokale toepassing van ultrageluid. Alle conservatieve maatregelen kunnen de pijn verminderen, echter de kromstand van de penis wordt er meestal niet door beïnvloed. De door ons beschreven operatieve behandeling van de kromstand van de penis in erectie, had gunstige resultaten, zowel op de kromstand als op de pijnklachten, veroorzaakt door de ziekte van Peyronie.

A. G. M. ZEEGERS
J. ZWARTENDIJK

Leiden, oktober 1985

Ernstige obstipatie; zijn er chirurgische mogelijkheden?

Graag zouden wij willen reageren op de klinische les van collega Schouten et al. (1985; 2049-52). Functionele onderzoekmethoden naar de werking van het colon en zijn onderdelen verkeren nog in hun experimentele fase. Ze zijn niet gestandaardiseerd, hebben nog weinig klinische toepassingen, en veel van de resultaten worden nog niet begrepen. Waarom zou bijvoorbeeld een hoge rustdruk (bij patiënten B en D), overigens geen abnormale bevinding,¹ een uitgangsobstructie moeten veroorzaken? Tijdens de defecatie verslapt immers de M. sphincter ani internus, zodat de hoge rustdruk klinisch geen rol kan spelen. Het verrichten van een myectomie van de interne sfincter bij dergelijke patiënten betekent dat een bevinding-in-rust als indicatie wordt gebruikt om een stoornis-tijdens-functie (defecatie) te behandelen, terwijl niet is aangetoond dat deze bevinding ook tijdens functie nog aanwezig is. En wat doet de externe sfincter eigenlijk bij deze patiënten tijdens defecatie?