

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?

Ook deze kan immers een uitgangsobstructie veroorzaken.² Zou niet ongemerkt een dysfunctie van de externe sfincter kunnen zijn behandeld?

En wat te denken van 'vrijwel dagelijks ontlasting', en 'af en toe een combinatiepreparaat' na een ileorectale anastomose (patiënte C)? Op andere indicatie verricht is deze procedure goed voor zeker 6 tot 8 defecaties per dag. Is dit resultaat echt 'goed' te noemen omdat een groot deel van een atonisch colon is verwijderd, of zijn door resectie van normaal colon de omstandigheden dermate gewijzigd, dat de afwijking als zodanig minder opvalt, maar nog steeds onverminderd aanwezig is?

Kortom, veel vragen die zich niet met manometrie alléén laten beantwoorden, ook al wordt dit door de auteurs gesuggereerd. Maar ook wij hebben de wijsheid niet in pacht en claimen niet het gelijk. Het zou daarom interessant zijn de patiënten van collega Schouten et al. ook eens op onze manier te onderzoeken.² Wij menen dat de ècht juiste behandeling te kiezen, moeilijker is dan zij in hun artikel hebben laten uitkomen.

LITERATUUR

¹ Kuijpers JHC. Fissura ani; behandelingsresultaten na laterale interne sphincterotomie (Ingezonden). Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1019-20.

² Kuijpers JHC, Bleijenberg G. Het spastische-bekkenbodemsyndroom, een oorzaak van obstipatie. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 1624-8.

J. H. C. KUIJPERS, chirurg

G. BLEIJENBERG, klinisch psycholoog

Nijmegen,

november 1985

zijn, waarom is dan de behandeling van het spastische-bekkenbodemsyndroom zo lastig?

Tot slot een opmerking over onze patiënte C. Natuurlijk is het resultaat van haar behandeling goed, ook al ontbreekt een bevredigende verklaring. Haar dagelijks leven werd geheel in beslag genomen door de ernstige en volledig therapieresistente obstipatie, terwijl zij na de subtotale colectomie voor het eerst sinds jaren regelmatig ontlasting heeft. Waarschijnlijk is haar obstipatie, achteraf gezien, het gevolg geweest van een vertraagde passage door het colon. Onlangs is gebleken dat bij dergelijke patiënten wel degelijk afwijkingen in de plexus myentericus kunnen worden aangetoond.³ Het onderzoek met monoklonale antilichamen gericht tegen neurofilament lijkt een nuttige aanwinst voor de bestudering van dergelijke afwijkingen. Met dergelijke nieuwe methoden van onderzoek is het in de toekomst wellicht mogelijk voor sommige patiënten met ernstige obstipatie een zinvolle chirurgische behandeling te kiezen.

LITERATUUR

¹ Kuijpers JHC, Bleijenberg G. Het spastische-bekkenbodemsyndroom, een oorzaak van obstipatie. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 1624-8.

² Keighley MRB, Shouler P. Outlet syndrome: is there a surgical option? J R Soc Med 1984; 77: 559-63.

³ Krishnamurthy S, Schuffler MD, Kohrmann CA, Pope CE. Severe idiopathic constipation is associated with a distinctive abnormality of the colonic myenteric plexus. Gastroenterology 1985; 88: 26-34.

W. R. SCHOUTEN

TH. J. M. V. VAN VROONHOVEN

Rotterdam,

Tilburg, december 1985

Wij hebben geenszins de indruk willen wekken dat obstipatie een chirurgisch te behandelen aandoening is. Het was alleen onze bedoeling duidelijk te maken dat slechts in enkele geselecteerde gevallen operatieve behandeling te overwegen is. Daarom benadrukken wij aan het slot van ons artikel dat gericht onderzoek – coloninloopfoto, passagetijdbepaling van het colon, defecografie en anale manometrie – noodzakelijk is om patiënten die voor een eventuele operatieve behandeling in aanmerking komen, te kunnen selecteren. Sinds enige tijd wordt door ons bij deze patiënten ook EMG-onderzoek van de bekkenbodemspieren verricht. Daarnaast lijkt histochemisch onderzoek van de darmwand met behulp van monoklonale antilichamen gericht tegen neurofilament een belangrijke aanwinst. Anale manometrie alléén is inderdaad onvoldoende als onderzoeksmethode in geval van ernstige obstipatie.

Ondanks de tegenwerpingen van Kuijpers en Bleijenberg blijven wij van mening dat de hoge rustdruk die bij sommige patiënten met obstipatie wordt gevonden, een uiting kan zijn van een uitgangsobstructie. De opmerking dat de inwendige kringspier tijdens defecatie verslapt zodat er van uitgangsobstructie geen sprake kan zijn, is ons inziens te simpel gesteld. Het gaat immers niet alleen om het wel of niet aanwezig zijn van de reflex van de M. sphincter ani internus. De duur en de mate van relaxatie van de inwendige kringspier zijn minstens zo belangrijk. Bovendien kan men zich voorstellen dat bij patiënten met een uitgangsobstructie een grotere uitzetting van het rectum nodig is om de inwendige kringspier te doen verslappen. Het is zeer onwaarschijnlijk dat door ons tijdens het verrichten van anorectale myectomie ongemerkt een dysfunctie van de uitwendige kringspier wordt behandeld. Deze dysfunctie wordt door Kuijpers en Bleijenberg het spastische-bekkenbodemsyndroom genoemd.¹ Het betreft zeer waarschijnlijk een functionele stoornis waarvan chirurgische behandeling tot nu toe onmogelijk lijkt.² Zouden wij dan wel deze dysfunctie kunnen opheffen door alleen een spreider in het anale kanaal in te brengen en een deel van de M. sphincter ani internus te verwijderen waarbij de M. puborectalis en de M. sphincter ani externus ongemoeid gelaten worden? Als het zo eenvoudig zou

Subjectieve ervaringen na episiotomie

Het getuigt van grote interesse en persoonlijke betrokkenheid wanneer ervaren obstetrici in deze tijd van zgn. high tech-verloskunde aandacht besteden aan pijnervaring tijdens en na een episiotomie (1985; 2263-5). Pijn mag dan een raadselachtige subjectieve beleving zijn, een soort privé-bezit van persoonlijke uiting van mens-zijn, er kan veel tegen gedaan worden. Daarvoor is inventarisatie door middel van een enquête een goed uitgangspunt indien daarbij de nodige objectiviteit (eenvormig en aselectief) in acht wordt genomen.

Het formeren van een controlegroep bestaande uit voor het merendeel multiparae zonder perineumletsel, waarbij alle kinderen vanuit hoofdligging (flexie?) geboren werden tegenover een onderzoeksgroep bestaande uit voornamelijk primiparae, van wie 23% per kunstbevalling beviel, terwijl in 7% een stuitbevalling plaatsvond, komt onevenwichtig voor. Omdat verschillende medewerkers betrokken waren bij de baring zou men gaarne wat meer vernemen over het gevoerde beleid bij de psychoprofylactische voorbereiding. Waren de vader en de pasgeborene voor de moeder (buitenlandse?) voelbaar aanwezig bij het hechten? Waarom werd steeds de mediolaterale episiotomie toegepast, terwijl de mediane episiotomie in veel mindere mate de anatomische continuïteit van de bekkenbodembreëkt,¹ maar ook minder pijnlijk is en sneller geneest? De enquête bracht duidelijk aan het licht dat het sluiten van de wond zelf door een kwart van de vrouwen als matig of erg pijnlijk werd ervaren. Waarom was de infiltratietechniek verschillend en zelfs onvoldoende? De anatomie (3 takken) en de techniek van een efficiënte N. pudendus-blokkade mogen toch als genoegzaam bekend worden beschouwd.²

Ook de pijn na episiotomie is een ernstig probleem; in de enquête gaf 37% veel pijn aan (infectie?) en had 63% behoefte aan geneesmiddelen. Reeds om deze redenen is profylactische episiotomie als een routine-ingreep niet aangewezen.