

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)

In vitro-bevruchting: samenwerking tussen perifere ziekenhuizen en een centraal laboratorium

J.J. van Beek et al. beschrijven een belangrijke mogelijkheid om aan het grote aantal aanvragen voor in vitro-fertilisatie te voldoen door een rayon-samenwerking tussen de Universiteit (het laboratorium) en omringende ziekenhuizen (1986; 638-41). Wij moeten echter aannemen dat het doel van de toch artificiële vorm van voortplanting uiteindelijk voor alle betrokkenen een verloskundig resultaat is dat wat betreft perinatale mortaliteit en morbiditeit niet sterk zal afwijken van een daarvoor tevoren geschikt geachte controlegroep. Het begrip perinatale morbiditeit zou in deze samenhang moeten worden verstaan als een langdurig follow-up-onderzoek van de geborenen, verricht met gestandaardiseerde methoden. Graag zouden wij van de schrijvers vernemen welke onderzoeksgaranties er in dezen bestaan voor de kinderen die bij deze nieuwe werkwijze worden geboren en hun bijpassende 'controles'.

T. K. A. B. ESKES

Nijmegen, april 1986

Niet de zwangerschap, maar een gezonde baby is uiteraard het doel van de in vitro-fertilisatie (IVF). Collega Eskes brengt hier een belangrijk punt ter sprake, dat echter niet speciaal geldt voor zwangerschappen na transport van onbevruchte eicellen, maar voor elke zwangerschap na IVF. In een artikel over transport van onbevruchte eicellen zou een bespreking hiervan alleen thuishoren indien te verwachten was dat door het transport het zwangerschapsbeloop zou veranderen. Hiervoor zijn geen aanwijzingen. Uit dierexperimenteel onderzoek is gebleken dat, indien de embryo-ontwikkeling in een vroeg stadium, zoals bij IVF, nadelig wordt beïnvloed (celverlies e.d.), dit niet leidt tot nageslacht met aangeboren afwijkingen.^{1,2} Tot op heden zijn er geen aanwijzingen dat de kans op een kind met een aangeboren afwijking groter is na in vitro-bevruchting dan na in vivo-bevruchting. Het tot op heden grootste onderzoek naar het zwangerschapsverloop na IVF is onlangs gepubliceerd door de groep uit Melbourne.³ Wat betreft de geslachtsverdeling en aangeboren afwijkingen bestond geen verschil tussen 'IVF-kinderen' en de overige pasgeborenen. Wel was het gemiddelde geboortegewicht lager ten gevolge van premature geboorten en het grotere aantal meerlingzwangerschappen dan in de normale bevalling. Voorts is het abortuspercentage na IVF duidelijk verhoogd: 25-35%.^{4,5} De kans op abortus na transport, zoals door ons beschreven, was vergelijkbaar met die in de literatuur: 3/11. Hoewel de aantallen nog klein zijn, lijkt er voorlopig geen reden te zijn voor zwangerschappen na IVF met transport zoals wij beschreven, anders te controleren dan de overige zwangerschappen na IVF.

Juist door de samenwerking met de universiteit zullen dezelfde eisen gesteld worden aan het vervolgonderzoek van alle via het centrum tot stand gekomen zwangerschappen. Over de exacte invulling van deze eisen is discussie mogelijk. Dit ging de doelstelling van het artikel te buiten. In elk geval is dergelijk onderzoek beter uit te voeren en te coördineren door een constructie waarin meerdere ziekenhuizen binnen een centrum samenwerken dan indien alle ziekenhuizen volledig afzonderlijk IVF zouden toepassen.

LITERATUUR

- 1 Austin CR. Embryo transfer and sensitivity to teratogenesis. *Nature* 1973; 244: 333-4.
- 2 Zeilmaker GH. Eirijping, bevruchting en het vroege ontwikkelingsstadium van het menselijk embryo. In: Gerlings PG, et al., red. *Het Medisch Jaar 1981*. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1981: 166-78.
- 3 Australian in vitro fertilization collaborative group. High incidence of preterm births and early losses in pregnancy after in vitro fertilization. *Br Med J* 1985; 291: 1160-3.
- 4 Edwards RG, Steptoe PC. Current status of in-vitro fertilisation and implantation of human embryos. *Lancet* 1983; ii: 1265-8.
- 5 Jones HW, Jones GS, Andrews MC, et al. The program for in vitro fertilization at Norfolk. *Fertil Steril* 1982; 38: 14-21.

J. J. VAN BEEK
A. VERHOEFF
C. A. M. JANSEN
A. TH. ALBERDA
G. H. ZEILMAKER

Groningen,
Rotterdam,
Voorburg,
Rotterdam, april 1986

Impotentie: organische oorzaken

In dit artikel stelt collega Smals: 'Voor het onderscheid tussen organische en psychogene impotentie is meting van de nachtelijke toeneming van de penisomvang (nocturnal penile tumescence, NPT) onmisbaar (1986; 675-80). NPT-metingen zijn in Nederland niet of nauwelijks mogelijk. En toch denken wij dat er op vele plaatsen zonder deze methode redelijk goed gedifferentieerd kan worden bij erectiestoornissen. Een oplossing voor het ontbreken van een NPT-meting lijkt ons het gebruik van een zgn. erectiometer.¹ Hiermee kan zowel informatie verkregen worden over nachtelijke erecties als over de rigiditeit ervan. Vooral dit laatste kan van belang zijn omdat een maximaal gezwollen penis toch onvoldoende stijf kan zijn wegens angiopathie en zo tot intromissiemoeilijkheden kan leiden. De erectiometer is relatief goedkoop omdat de patiënt hem zelf thuis kan gebruiken.

Behalve nachtelijke metingen, is het meten van erecties terwijl patiënten naar erotische films kijken een betrekkelijk nieuwe manier van onderzoek bij erectiestoornissen.² Deze methode zou een goed onderscheid maken tussen (meer) organische of (meer) psychische oorzaken van erectiestoornissen. Heel simpel gezegd: indien iemand een erectie krijgt tijdens dit onderzoek, kan gesteld worden dat een organische oorzaak uiterst onwaarschijnlijk is; een negatieve uitslag geeft geen absolute informatie. Ook bij dit 'film-onderzoek' kan gebruik gemaakt worden van de erectiometer. Binnen niet al te lange tijd hopen we in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt (afd. endocrinologie, groei en voortplanting) met deze metingen te beginnen in het differentiaal-diagnostisch onderzoek van erectiestoornissen.

Het grote aantal endocriene oorzaken van erectiestoornissen dat collega Smals opvoert, behoeft commentaar. Indien bij een patiënt met een endocriene ziekte een erectiestoornis optreedt, is het causale verband met de ziekte nog niet bewezen. Hierbij wordt soms wat al te gemakkelijk de hormoonstoornis verantwoordelijk gesteld. Nog onlangs hebben wij in dit tijdschrift hierop gewezen met betrekking tot diabetes mellitus.³ Helaas doet collega Smals de uitspraak: 'in het algemeen kan worden

gesteld dat 50% van de patiënten met diabetes potentiële klachten heeft.' Zulke onjuiste en fatalistische uitspraken op grond van uitgebreid literatuuronderzoek,⁴ dienen niet meer gedaan te worden.

Tot slot nog iets over de bruikbaarheid van het artikel voor de medicus practicus. Indien zich een patiënt met erectiestoornissen aandient op het spreekuur is het niet ondenkbaar dat dit artikel de arts het hart in de schoenen doet zinken, want het lijkt zo ingewikkeld en er dient zo veel onderzoek gedaan te worden voor er duidelijkheid komt. Daarom willen we wijzen op een artikel over somatische diagnostiek bij erectiestoornissen, dat wellicht wat makkelijker hanteerbaar is in de praktijk.⁵

LITERATUUR

- 1 Jonas U. Erectiometer: ein einfacher und sicherer Test in der Diagnostik der erektilen Impotenz. *Akt Urol* 1982; 13: 324-7.
- 2 Bancroft J, Bell C. Psychophysiological assessment of penile erection; a new approach: I. Methodology and results in normal subjects. *J Psychosom Res* 1985; 29: 303-13.
- 3 Moors JPC, Slob AK. Seksualiteit en suikerziekte. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 576-8.
- 4 Moors JPC, Slob AK. Seks en suikerziekte. In: Moors-Mommers M, et al., red. *Handboek seksuele hulpverlening*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985.
- 5 Meyer JM de, Sy WA de. Somatische diagnostiek bij erectiestoornissen. *Tijdschr Seksuol* 1986; 10: 16-25.

A. K. SLOB

J. P. C. MOORS

Rotterdam,

Rosmalen, april 1986

Met de collegae Slob en Moors zou ik de waarde van de 'erectiometer' volgens Jonas bij de differentiële diagnostiek van erectiestoornissen willen benadrukken, zowel voor 'thuisgebruik' als voor meer wetenschappelijke toepassingen. Uiteraard ben ik het ook geheel met hen eens dat, als bij een patiënt met een endocriene ziekte impotentie optreedt, er geen causaal verband tussen beide hoeft te bestaan. Het zou echter van weinig realiteitszin getuigen wanneer iedere samenhang zou worden geïgnoreerd. Talrijk zijn de voorbeelden uit de klinisch-endocrinologische praktijk waaruit blijkt dat er geen sprake is van zo maar een coincidentie, maar wel degelijk van een door de primaire endocriene ziekte bepaalde erectiele dysfunctie, die verdwijnt na behandeling van de endocrinopathie. Dit laatste geldt in mindere mate voor diabetes impotentie. Het standpunt van Slob en Moors dat mijn door hen geciteerde uitspraak hierover onjuist is, fatalistisch en op grond van (hun) uitgebreide literatuuronderzoek niet meer gedaan dient te worden, deel ik geenszins. Hun artikel heeft mij in ieder geval niet van de onjuistheid van deze uitspraak kunnen overtuigen. Uit het eigen literatuuronderzoek (1986; 675-80) en uit een overzicht van anderen blijkt dat erectiele dysfunctie optreedt bij 50 tot meer dan 60% van de patiënten met diabetes mellitus.^{1,2} Jensen vond impotentie bij 34% van 80 met insuline behandelde jonge diabetici doch bij geen van de qua leeftijd vergelijkbare controlepersonen.³ Tevens bleek diabetes mellitus een factor van betekenis bij 20% van bijna 2000 patiënten die wegens impotentie een urologische polikliniek bezochten,^{4,5} een percentage overeenkomend met dat gevonden door Collins et al. bij bezoekers van een multidisciplinaire impotentiekliniek.²

Bij het tegelijk voorkomen van diabetes mellitus en erectiele dysfunctie is zeker niet altijd sprake van psychogene en relationele oorzaken, die vaak blijken 'met enkele goede counselling-gesprekken verholpen te kunnen worden'.⁶ Eerder is het omgekeerde waar: bij meer dan 60% van de patiënten met diabetes mellitus is de impotentie organisch bepaald (hoewel psychogene superpositie kan volgen).^{7,8} Ook door de door Moors en Slob in hun overzichtsartikel geciteerde auteurs Lehman en Jacob wordt een vergelijkbaar hoog percentage genoemd.⁹ In het

eveneens door hen aangehaalde artikel van McCulloch et al. blijkt diabetes impotentie inderdaad reversibel te zijn, maar slechts bij 9% van de patiënten (vooral jonge diabetici met vaak psychogene impotentie).⁸ Veel vaker blijkt de impotentie irreversibel te zijn en gaat ze gepaard met neuropathie en vasculaire complicaties.⁸ Dit laatste biedt dan ook zeker geen steun aan de stelling van Moors en Slob dat de arts er niet (meer) vanuit zal moeten gaan dat bij diabetes mellitus snel de diagnose 'organische impotentie' kan worden gesteld.⁶

Tenslotte een opmerking over de bruikbaarheid van het artikel voor de medicus practicus. Inderdaad ben ik mij er steeds van bewust geweest dat het artikel voor de meeste praktizerende huisartsen en specialisten te diepgravend is. Ik ben echter van mening dat de pathogenese van erectiele dysfunctie zo heterogeen is, dat alleen een multidisciplinaire benadering door een team van specialisten tot succes kan leiden. Ik heb getracht aan ieder van deze specialismen gerechtigheid te doen door dieper dan voor de praktijk noodzakelijk op sommige punten in te gaan.

LITERATUUR

- 1 Braunstein GD. Endocrine causes of impotence. *Postgrad Med* 1983; 74: 207-17.
- 2 Collins WE, McKendry JBR, Silverman M, Krul LE, Collins JP, Irvine AH. Multidisciplinary survey of erectile impotence. *Can Med Assoc J* 1983; 128: 1393-9.
- 3 Jensen SB. Sexual dysfunction in younger insulin-treated diabetics; a comparative study. *Arch Sex Behav* 1981; 10: 493-503.
- 4 Fishman IJ, Scott FB, Light JK. Experience with inflatable penile prosthesis. *Urology* 1984; 23: 86-92.
- 5 Small JP. Surgical treatment of impotence with small carrion prosthesis. *Urology* 1984; 23: 93-7.
- 6 Moors JPC, Slob AK. Seksualiteit en suikerziekte. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 576-8.
- 7 El-Bayoumi M, El-Sherbini O, Mostafa M. Impotence in diabetics: organic versus psychogenic factors. *Urology* 1984; 24: 459-63.
- 8 McCulloch DK, Young RJ, Prescott RJ, Campbell IW, Clarke BF. The natural history of impotence in diabetic men. *Diabetologia* 1984; 26: 437-40.
- 9 Lehman TP, Jacob JA. Etiology of diabetic impotence. *J Urol* 1983; 129: 291-4.

A. G. H. SMALS

Nijmegen, april 1986

Met belangstelling en instemming heb ik het artikel van collega Smals over organische oorzaken van impotentie gelezen. Enkele correcties zijn echter op hun plaats. Ten eerste de term claudicatio penis bij het zogenaamde pelvic steal syndrome: claudicatio komt van het Latijnse claudicare, hetgeen hinken betekent. Dat deze term voor insufficiënte arteriële aanvoer naar de penis ongeschikt is, hoeft na deze toelichting geen betoog. Bovendien zal de patiënt niet over pijn in de penis, maar over pijn in de ischemische bil- en bovenbeenspieren klagen. Als gevolg van de hoge stroomsnelheid in de A. iliaca interna daalt zowel de perfusiedruk van deze spieren als de arteriële druk in de penis, waardoor pijn in de spieren wordt ervaren en de erectie verdwijnt.

Voorts zijn de opgegeven frequenties van impotentie na operaties wegens aneurysmata en na endarteriëctomie in het aorto-iliacale traject met 23 respectievelijk 63% erg hoog. Alleen wanneer de beide Aa. iliacae internae deel uit maken van het aneurysma en dan meestal niet gerevasculariseerd kunnen worden, zal verwijderen van het aneurysma resulteren in vasculaire impotentie. Uit eigen ervaring met ruim 100 aneurysma-operaties blijkt dit in slechts circa 6% van de gevallen onvermijdelijk te zijn. Na zorgvuldige endarteriëctomie van aorto-iliacale obstructies, respectievelijk bypass-operaties, zal eerder een impotente man weer potent worden dan omgekeerd

het geval is. Hierbij dient ervoor zorg te worden gedragen dat ten minste één A. iliaca interna doorgankelijk blijft, respectievelijk wordt. Onderdeel van het zorgvuldig opereren is ook dat de plexus hypogastricus waar deze de linker A. iliaca communis kruist, gespaard blijft. Beschadiging ervan resulteert niet in impotentia erigendi, maar in retrograde ejaculatie. Toediening van 2 x 25 mg imipramine daags herstelt bij deze patiënten vrijwel altijd de antegrade ejaculatie.

C. M. A. BRUYNINCKX

Eindhoven, april 1986

Ik ben het geheel eens met collega Bruyninckx dat de term claudicatio penis (die overigens uit de literatuur afkomstig is) niet correct is. De door mij opgegeven percentages van erectiele dysfunctie na verwijderen van aneurysmata en na endarteriëctomie zijn afkomstig van verscheidene onderzoekers.¹⁻⁴

LITERATUUR

- 1 May AG, DeWeese JA, Rob CG. Changes in sexual function following operation on the abdominal aorta. *Surgery* 1969; 65: 41-7.
- 2 Weinstein MH, Machleder HI. Sexual function after aorto-iliac surgery. *Ann Surg* 1975; 181: 787-90.
- 3 Kedia KR. Vascular disorders and male erectile dysfunction. *Urol Clin North Am* 1981; 8: 153-68.
- 4 Bennett AH, Rivard DJ. Male impotence: new concepts in management. *NY State J Med* 1982; 82: 1676-83.

A. G. H. SMALS

Nijmegen, april 1986

Psychologische aspecten van maagverdeling

Dit artikel van Bleyenbergh et al. (1986; 693-6) verdient ruime aandacht, niet alleen van klinieken die deze chirurgische behandeling toepassen, doch wellicht ook van de collegae uit de eerste lijn die deze patiënten (willen gaan) verwijzen.

De statistisch significante verbetering van diverse persoonlijkheidsvariabelen in samenhang met het gewichtsverlies is niet een geheel nieuwe waarneming, doch krijgt wel veel reliëf, wanneer men zich realiseert dat deze werd gedaan op basis van maagverdelingen, terwijl vroegere waarnemingen veelal gebaseerd waren op onderzoek, uitgevoerd vóór en na een veel slechtere ingreep, de jejuno-ileale kortsluitingsoperatie, die wegens zijn ernstige en soms levenbedreigende complicaties werd verlaten. Vooral de bevinding dat de persoonlijkheidskenmerken zelfdefensie en rigiditeit een voorspellende waarde bezitten voor de mate van gewichtsverlies kan moeilijk worden overschat en verdient uitgebreide voortgezette toetsing, ook in andere klinieken.

Een vraag aan de auteurs van dit zeer gewaardeerde artikel is deze: achten zij het, gezien het vrij geringe aantal patiënten dat tot dusverre is onderzocht, aannemelijk dat er bij vergroting van het aantal patiënten en voortgezet onderzoek in dezelfde trant nog méér persoonlijkheidsvariabelen van voorspellende waarde zullen blijken te zijn? Is er wellicht al een trend aan te geven van die kenmerken die voor de status van 'gewichtverliesvoorspeller' in aanmerking komen? De achtergrond van deze vraag is uiteraard een bij uitstek praktische: het vanuit Nijmegen beschreven psychologische onderzoek is zeer uitvoerig en wellicht niet in zijn geheel noodzakelijk.

J. BENDER

's-Gravenhage, april 1986

Wij zijn collega Bender erkentelijk voor zijn reactie. Eerder hebben wij in dit tijdschrift (1985; 1274-5) gezegd dat een chirurgische behandeling niet de meest gewenste oplossing is

voor een niet-chirurgisch probleem. Wanneer toch chirurgisch ingrijpen overwogen wordt, is het van groot belang juist die patiënten te selecteren die de meeste kans hebben op een goed resultaat.

Inderdaad zijn onze bevindingen gebaseerd op een vrij gering aantal patiënten met een nog kort vervolgonderzoek. Omdat de gegevens van meer patiënten met een langer vervolgonderzoek nog in bewerking zijn, zijn trends op dit moment moeilijk aan te geven. Mogelijkerwijs blijken dan (ook) andere psychologische variabelen van voorspellende waarde. Een van onze indrukken is dat patiënten met psychische problemen (die door ons niet ernstig genoeg geacht werden voor een negatief advies), moeilijker hun gewichtsdaling kunnen handhaven dan andere patiënten. Zodra wij over meer gegevens beschikken, hopen wij ons uitvoerig psychologisch-psychiatrisch onderzoek te kunnen beperken.

G. BLEIJENBERG

B. C. M. RAES

J. G. HEEVEL

Nijmegen, mei 1986

Marokkaanse geneesmiddelen

De lezer is wellicht verbaasd te vernemen dat Senton, het preparaat van Organon dat genoemd wordt in het artikel van Wolffers (1986; 740-3), ook in Nederland jarenlang op de markt is geweest. Wellicht is hij nog meer verbaasd dat overheidsbemoediging nodig was om dergelijke preparaten uit de markt te nemen. Wellicht wordt de verbazing minder en de lezer minder argeloos, wanneer hij de moeite neemt de discussie nog eens na te lezen, die volgde op mijn vraag of een medicus die bijdraagt aan het beleid van een farmaceutisch bedrijf een preparaat als dit met de daarbij horende aanbevelingen zoals 'geriatisch supplement', 'voor nieuwe kracht en energie, levenslust en vitaliteit', met zijn wetenschappelijke verantwoordelijkheid kan dekken.¹

LITERATUUR

- 1 Kalsbeek F. Een klein hoera voor Mammon (Ingezonden). *Ned Tijdschr Geneesk* 1968; 112: 2020, 2204.

F. KALSBEEK

's-Gravenhage, april 1986

Naar aanleiding van de twee artikelen van collega Wolffers (1986; 725-7, 740-3) wil ik graag het volgende opmerken. De dag nadat ik de zeer lezenswaardige artikelen had bestudeerd zat er een Marokkaanse man van middelbare leeftijd tegenover mij die wegens moeilijk te duiden klachten van het bewegingsapparaat al diverse Nederlandse specialisten had gezien en verschillende niet-steroïde anti-inflammatoire farmaca en fysiotherapie voorgeschreven had gekregen. Hij was net terug uit Marokko en hij leegde zijn boodschappentas op mijn bureau. Te voorschijn kwamen: ketoprofen (Profenid), metampicilline (Magnipen), Myantal (een combinatie van glafenine 200 mg, mefenesine 250 mg en diazepam 1 mg), gecarboxyleerd thiazolidinezuur (Thio-biline), gebruikt bij galklachten en twee verschillende salicylzuurbevattende smeermiddelen. Hij verzocht mij de eerste twee voor injectie bedoelde middelen toe te dienen en vertelde mij dat hij er veel voor had moeten betalen. Hoewel wij westerlingen deze man ook niet vermochten te genezen, leek deze 'behandeling' mij toch minder zinvol. De artikelen indachtig probeerde-ik een botte afkeuring van de geboden therapie te vermijden, terwijl ik poogde uit te leggen waarom ik niet aan zijn verzoek wilde voldoen. Enig conflict, vooral wegens de in Marokko gemaakte kosten, bleek toch niet te vermijden.