



## Tijdstip van orchidopexie en het risico op testiscarcinoom

### Vraagstelling

Wat is de beste leeftijd om niet-ingedaalde testes te behandelen ter voorkoming van testiscarcinoom?

### Betekenis voor huisarts en patiënt

Uit dit onderzoek blijkt dat het uitvoeren van orchidopexie voor de leeftijd van 13 jaar het risico op het krijgen van testiscarcinoom met ongeveer 50% zou verminderen ten opzichte van operatie na het 13<sup>e</sup> levensjaar. Volgens de huidige inzichten zou verwijzing moeten plaatsvinden voor het 2<sup>e</sup> levensjaar of in de puberteit.<sup>3</sup> In de tussenliggende periode zou de twijfelachtige gezondheidswinst niet opwegen tegen het risico op complicaties. Er is tenslotte nog een (kleine) kans op spontane indaling. De uitkomsten van dit onderzoek zouden pleiten voor eerdere behandeling, indien er in eerste instantie voor wachtend beleid is gekozen, en zeker voor het 13<sup>e</sup> levensjaar. Overigens is de discussie over het tijdstip voor operatie ook in Nederland nog in volle gang. Daarbij is er een groep die duidelijk zo vroeg mogelijk orchidopexie wil uitvoeren en een groep die een meer wachtend beleid voorstaat.<sup>4,5,6,7</sup>

### Korte beschrijving

**Onderzoeksopzet** Het betreft een retrospectieve cohortstudie, waarbij de onderzoekers de data uit gekoppelde Zweedse registratiesystemen gebruikten.<sup>1</sup>

**Patiëntenpopulatie** Alle mannen bij wie de diagnose cryptorchisme gesteld werd tussen januari 1964 en december 1999 en die hiervoor geopereerd werden vóór

de leeftijd van 20 jaar werden ingesloten. Uitgesloten werden patiënten die uit Zweden geëmigreerd zijn gedurende het onderzoek en patiënten bij wie tegenstrijdige informatie aanwezig was in de registers. De geselecteerde patiënten werden gevolgd vanaf hun 15<sup>e</sup> jaar, tot de leeftijd van orchidopexie plus 1 jaar (bijvoorbeeld operatie voor andere redenen), tot de datum van de diagnose testiscarcinoom, tot de leeftijd van 55 jaar.

**Primaire uitkomstmaat** De onderzoekers keken naar het voorkomen van testiscarcinoom en de leeftijd waarop orchidopexie had plaatsgevonden. Het relatieve risico (RR) op het krijgen van testiscarcinoom ten opzichte van de gehele Zweedse populatie werd geschat voor het hele cohort en per onderzoeksgroep (<13 jaar, ≥13 jaar). De RR's met 95% betrouwbaarheidsintervallen werden berekend.

**Resultaten** 16.983 patiënten werden geïncludeerd. 15.321 mannen ondergingen een orchidopexie vóór hun 13<sup>e</sup> jaar; bij 1662 mannen werd orchidopexie op of na het 13<sup>e</sup> levensjaar verricht. Er werd 56 keer de diagnose testiscarcinoom gesteld bij een voorspeld aantal van 20 (RR 2,75; 95%-BI -2,08-3,57). De kans op testiscarcinoom is in de leeftijdsgroep 0-6 jaar niet verhoogd (RR 2,02; 95%-BI -0,93-3,84). In de leeftijdsgroepen 7-9 jaar respectievelijk 10-12 jaar is het risico wel verhoogd: RR 2,35 (95%-BI -1,28-3,94 respectievelijk 2,27; 95%-BI -1,27-3,74). Voor de groep die werd geopereerd onder de 13 jaar was dit RR 2,23 (95%-BI -1,58-3,06); voor de groep ≥13 jaar was het RR 5,40 (95%-BI -3,20-8,53). Berekend werd dat 69 jongens vóór, in plaats van op of na het 13<sup>e</sup> levensjaar geopereerd moeten worden om geval van een testiscarcinoom voor de leeftijd van

55 jaar te besparen (NNT 69).

**Conclusie van de onderzoekers** De leeftijd waarop orchidopexie wordt ondergaan, is van belang voor het risico op testiscarcinoom bij jongens met niet-ingedaalde testis. Het risico op een testiscarcinoom is bij jongens die worden behandeld vanaf de leeftijd van 13 jaar 2 keer zo groot als bij jongens die zijn geopereerd voor hun 13<sup>e</sup> verjaardag.

**Bewijskracht** Retrospectieve observationele cohortstudie. 2b.

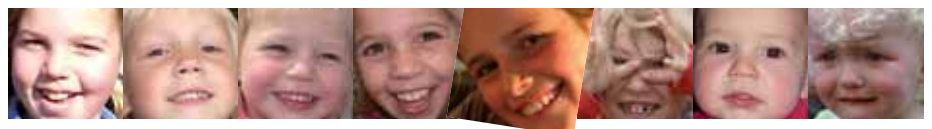
Hayo Griffioen en Arie Knuistingh Neven

- Peterson A, Richiardi L, Nordenskjold A, Kaijser M, Akre O. Age at surgery for undescended testis and risk of testicular cancer. *N Engl J Med* 2007;356:1835-41.
- [www.infopeoms.com/levels.html](http://www.infopeoms.com/levels.html). [2]
- Bakker CJW. Niet-ingedaalde testis. In: Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Verheij THJM (red). *Kleine kwalen bij kinderen*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2005.
- HiraSing RA, Van Leerdam FJM. Nog steeds onduidelijkheden over het beleid bij niet-scrotale testis: vroeg opereren versus onderhouden afwachten. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:243-5.
- De Gier RPE. De niet-scrotale testis: huidige standpunten van de Werkgroep Kinderurologie van de Nederlandse Vereniging voor Urologie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:1606-9.
- Van der Horst HJR, De Gier RPE, De Jong TPVM, Van den Hoek J, Callewaert PRH, Feitz WFJ. De niet-scrotale testis: argumenten vóór vroeg behandelen, mits retractiele testis en verworven niet-scrotale testis zijn uitgesloten. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:253-8.
- Hack WWM, Sijstermans K, Van der Voort-Doedens LM, et al. De niet-scrotale testis: huidige inzichten en advies voor behandeling. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:246-51.

## Cochrane-review

### Buikpijn bij kinderen: effectieve medicijnen zijn er (nog) niet

Huertas-Ceballos A, Logan S, Bennet C, Macarthur C. *Pharmacological interventions for*



*recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood*. *Cochrane database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. CD003017. DOI:10.1002/14651858.CD003017.pub2

**Achtergrond** Veel kinderen klagen over

buikpijn, maar slechts een deel van hen doet dat zo vaak, of heeft er zoveel last van, dat ouders met het kind naar de huisarts gaan. De Engelse kinderarts Apley beschreef het fenomeen al in 1958. Hij sprak over *recurrent abdominal pain* (RAP) als

een kind in drie maanden tijd minimaal drie keer buikpijn heeft die interfereert met dagelijkse activiteiten. In de meeste gevallen vindt de huisarts geen specifieke organische verklaring voor de klachten. Uitleg over het fenomeen – eenderde van alle schoolgaande kinderen heeft er af en toe last van – en geruststelling zijn vaak voldoende om ouders en kinderen de klacht zelf te laten hanteren. Medicijnen zijn niet vaak nodig.

**Doel** In sommige gevallen zijn buikpijnklachten van kinderen zo heftig dat een pijnstillend middel gewenst is. De vraag is dan welke middelen helpen.

**Methode** De auteurs van de hier besproken Cochranereview hebben op de bekende grondige wijze geprobeerd alle onderzoeken op te sporen waarin de effectiviteit van een geneesmiddel bij kinderen met terugkerende buikpijn of prikkelbaredarmsyndroom (PDS) in een placebogecontroleerd, gerandomiseerd onderzoek is nagegaan.

**Resultaten** Uiteindelijk vonden ze drie onderzoeken die aan de inclusiecriteria (kinderen met buikpijn, RCT, placeboge-

controleerd) voldeden. In een onderzoek werd het effect van pepermuntolie bij kinderen met buikpijn en/of PDS nagegaan. In een ander onderzoek kregen kinderen met buikpijn die een migrainekarakter had (buikpijnaanvallen waarbij het kind bleek werd), pizotifeen of een placebo. In het derde onderzoek werden kinderen met buikpijn en dyspepsie ingesloten; zij kregen famotidine (H2 receptorantagonist) of placebo. In alle gevallen rapporteerden de onderzoekers een positief effect van het geneesmiddel, maar was er wel sprake van een kleine onderzoekspopulatie en een matige methodologische kwaliteit.

**Conclusie van de auteurs** Op grond van deze drie onderzoeken adviseren de auteurs van dit literatuuronderzoek om de onderzochte geneesmiddelen alleen voor te schrijven in het kader van onderzoek, omdat de effectiviteit nog onvoldoende vaststaat.

#### Commentaar

Theoretisch kan er van alles schuilgaan achter de buikpijn die kinderen melden. Er

zijn mogelijk subgroepen te identificeren, zoals kinderen met lactose-intolerantie, migraineachtige buikpijn, helicobacterinfectie etc. In onderzoek naar de effectiviteit van geneesmiddelen bij kinderen met buikpijn moet men dan voldoende grote groepen insluiten om te kunnen differentiëren naar klinisch beeld. Nu is grote groepen insluiten vaak al lastig als het om volwassenen gaat, laat staan bij kinderen. Daarnaast is het de vraag of dit type onderzoek veel oplevert. Ook bij PDS blijken medicamenteuze interventies zelden effectief en blijkt het indelen van mensen met PDS in subgroepen vaak niet te leiden tot een meer gerichte medicamenteuze interventie. Kinderen met buikpijn groeien nogal eens op tot volwassenen met buikpijn. Tijdig geruststellen en ouders en kinderen leren de buikpijn te hanteren is vooralsnog de beste optie.

Henriëtte van der Horst

## Boeken

### Twee leerboeken kinder-/jeugdpsychiatrie

Th Doreleijers, F Boer, J Huisman, R Vermeiren en E de Haan (red). *Leerboek Psychiatrie Kinderen en adolescenten*. Utrecht: De Tijdstroom, 2006. 400 pagina's, € 47,-. ISBN 90-5898-090-1.

FC Verhulst. *Leerboek Kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: Van Gorcum BV, 2006. 276 pagina's, € 41,50. ISBN 90-232-4232-7.

Het boek van Doreleijers en anderen is een soort supplement bij het *Leerboek Psychiatrie bij volwassenen*. Het boek van Verhulst kun je beschouwen als de zoveelste editie van het eerste Nederlandse leerboek van Sanders-Woudstra uit de jaren tachtig, dat uitgroeide tot een handboek in drie delen onder redactie van Verhulst en Verheij. Verhulst heeft dat handboek



hier weer gecompriemd tot een 'leerboek'.

Een beetje merkwaardig dat er in 1 jaar 2 leerboeken op eenzelfde vakgebied verschijnen. Wilden allebei de uitgeverij per se een eigen editie op de markt? Bestaan er concurrerende scholen/groepen in de kinderpsychiatrie? Het boek van Doreleijers is door 41 auteurs uit Nederland en Vlaanderen geschreven, waarvan 8 Belgen en 18 Amsterdammers. Rotterdamers en Groningers ontbreken. Verhulst deed het 'in zijn eentje'. Doreleijers bevat een uitgebreid deel over 'kinderen in hun leefomgeving' en een algemeen deel over psychopathologie, diagnostiek en behandeling. Pas na bijna 200 bladzijden begint het deel over de afzonderlijke stoornissen. Het boek van Verhulst heeft een omvang van 240 bladzijden, waarvan nog geen 20 aan een inleiding

over diagnostiek besteed worden.

Ik heb ettelijke hoofdstukken uit beide boeken na elkaar gelezen en naast elkaar gelegd. Als het gaat om depressie, schrijft Doreleijers een heel beknopt stuk van netto zeven bladzijden waarbij hij de DSM IV-criteria schematisch opsomt en een casus met vragen bespreekt. Verhulst neemt veertien bladzijden voor hetzelfde onderwerp. Ook hier komt de DSM-classificatie aan bod, maar Verhulst gaat veel uitgebreider in op etiologie en therapie. Als een flink Caput Selectum met kritische bespreking van de onderzoeksliteratuur. Verhulst richt zich dus duidelijk op een ander soort lezer. Het hoofdstuk van Doreleijers is basaal en bestemd voor de medisch student, dat van Verhulst is voor de lezer die meer wil weten. Doreleijers leest simpeler, is echt een leerboektekst. Bij Verhulst moet je je aandacht erbij