

## TESTESREGISTRATIE NA DE GEBOORTE

R.A. Hirasing\*, R.P. Boontje\*\*,  
S.E. Buitendijk\*\*\*

In 1977 vermeldde Hoogendoorn dat tussen 1968 en 1975 de frequentie van orchidopexie (operatie aan de testes) bij kinderen met 80% was toegenomen.<sup>1</sup> De discrepantie tussen het percentage orchidopexie en het percentage steeds niet-ingedaalde testes, de enige juiste indicatie voor orchidopexie is groot. Volgens gegevens van de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg (SIG) bedroeg het aantal operaties in 1982 vanwege niet-ingedaalde testes 5928. Dit aantal is veel hoger dan dat van 1978 (4135) en 1983 (4750). Uitgaande van een jaarlijkse geboortecohort jongens van ca. 90.000 en een prevalentie van steeds niet-ingedaalde testes van 0,7 à 0,8%<sup>2,3</sup>, zou het aantal orchidopexie-operaties ongeveer 800 per jaar moeten bedragen, ook als rekening wordt gehouden met het feit dat sommige jongens tweemaal geopereerd worden. Het aantal operaties van 2889 in 1988 is dan nog ruim driemaal te hoog.

Reeds vele jaren wordt erop gewezen, gegevens uit de jeugdgezondheidszorgdossiers (o.a. consultatiebureaukaarten) over de testeslokalisatie op te vragen om onnodige operaties te voorkomen. Dit gebeurt helaas nog veel te weinig. Uit onderzoek in Hoorn en Amstelveen blijkt dat bij 62% van de geopereerde jongens de testes voor de operatie tenminste éénmaal als ingedaald geregistreerd waren.<sup>4,5</sup>

Het leek in dit verband nuttig gegevens met betrekking tot de ligging van de testes ook aan de ouders ter beschikking te stellen. Indien ouders zelf beschikken over deze gegevens en de betekenis ervan kennen, kunnen zij beter bepalen wanneer zij gebruik maken van de curatieve zorg. Bovendien zijn registraties in het bezit van ouders direct beschikbaar voor curatieve artsen. Om deze redenen werd in 1983 op Walcheren een registratie door middel van het

z.g. ballenkaartje ingevoerd. Deze registratie is gaandeweg in diverse andere gebieden geïntroduceerd. Ook registratie in het groeiboek vindt steeds meer plaats.

Op de in 1986 gehouden consensusbijeenkomst over het beleid bij niet scrotale testes werd periodieke registratie van de ligging van de testes vanaf de geboorte van groot belang gevonden ter voorkoming van onnodige operaties. Voorts werd opgemerkt dat ouders vaak niet goed op de hoogte zijn van de testespositie van hun zoon in het verleden. Om na te gaan in hoeverre ouders nu wel op de hoogte zijn van de testespositie na de geboorte van hun zoon en tevens van de betekenis daarvan werd het hierna beschreven onderzoek verricht. Ook werd nagegaan welke registraties over de testeslokalisatie ouders bezitten.

### Methode en populatie

Gekozen werd voor een telefonische enquête onder ouders van zuigelingen in de leeftijd 6-12 maanden (geboren tussen 1-11-1989 en 1-5-1990). De motivatie voor de methode en de leeftijd is elders beschreven.<sup>6</sup> Aan de 13 provinciale entadministraties werd gevraagd een selecte steekproef te trekken van 60 jongens per entadministratie. De ouders werden over het onderzoek geïnformeerd en gevraagd mee te werken. Uiteindelijk hebben 399 (gemiddelde respons van 46%) ouders aan het onderzoek deelgenomen. Aan de ouders werd telefonisch een vragenlijst voorgelegd waarin geboortedatum, geboorteplaats, plaats van de bevalling en specifieke vragen met betrekking tot de testesregistratie aan de orde kwamen. Het onderzoek heeft in november en december 1990 plaatsgevonden.

Om een indruk te krijgen over de responsgroep werd een aantal gegevens uit ons onderzoek met die van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) vergeleken. De gegevens staan vermeld in tabel 1.

\* Kinderarts, jeugdarts, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO, Leiden.

\*\* Kinderarts i.o., Academisch Ziekenhuis Leiden.

\*\*\* Arts, epidemioloog, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO, Leiden.

## Van de redactie

Het 'Aandachtveld onderwijs' van de NOV heeft onlangs een rapport over 'deskundigheidsbevordering verloskundigen' ter discussie voorgelegd aan het Hoofdbestuur. Daarin wordt aanbevolen structuur aan te brengen in alle activiteiten op het gebied van deskundigheidsbevordering. Daarbij kun je denken aan de kadertraining in Soesterberg of aan de cursus Research en Statistiek. Maar ook aan ontwikkeling van een cursus Stagebegeleider of een cursus voor herintredende verloskundigen. En er is nog veel meer vraag naar beroepsinhoudelijke verdieping en naar kadervorming binnen de beroepsgroep. Daarom is het goed dat men hieraan nu structureel aandacht wil gaan besteden en dat er daardoor kwaliteitskenmerken en standaarden kunnen worden vastgelegd.

De NOV sluit daarmee al op voorhand aan bij een advies dat de Nationale Raad voor de Volksgezondheid half maart aan staatssecretaris Simons aanbood. De NRV vindt dat "beroepsgeoriënteerde bij- en nascholing noodzakelijk is voor de handhaving en bevordering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening".

Uit een inventarisatie van de huidige stand van zaken bleek de NRV dat 90% van de verloskundigen in enigerlei vorm deelneemt aan bij- en nascholing (tegen 75% van de fysiotherapeuten, 50% van de huisartsen, 25% van de tandartsen en 10% van de paramedische beroepsbeoefenaren als diëtisten, logopedisten en ergotherapeuten).

De afgelopen maand hebben we die belangstelling weer bewezen gezien bij de nascholingsdagen voor verloskundigen. Twee keer een vol programma in een volle zaal.

Volgens de NRV is *bijscholing* nodig om de deskundigheid die tijdens de beroepsopleiding is verworven in stand te houden. *Nascholing* is nodig als aanvulling, vergroting of verdieping van deskundigheid. Het programma van de nascholingsdagen voldeed aan beide criteria. Het middagprogramma, in het teken van het thema 'seksualiteit', werkte als nascholing- de inleiders hebben, getuige de reacties, velen aan het denken gezet en de ogen geopend voor de functie van gesprekspartner en vertrouwenspersoon die de verloskundige ook bij seksuele problematiek ten opzichte van de zwangere en haar partner kan hebben.

De ochtendonderwerpen vielen duidelijk onder bijscholing en hadden alle drie een actueel accent. Bij de *virale infecties* werd met name ingegaan op het toxoplasmose-preventie onderzoek dat in Zuid-Holland werd uitgevoerd; in één van de volgende tijdschriften kunt u hier meer informatie over verwachten. De *echografie* zal ons als beroepsgroep de komende tijd nadrukkelijker dan ooit voor principiële discussies plaatsen. Hoort een echo-apparaat thuis bij de eerste lijn, bij de verloskundige, en is hij zometeen net als de doptone niet meer weg te denken? Of moeten we tegen alle trends en druk in deze ontwikkeling tegenhouden vanwege het mogelijke medicaliserende effect? Ook hierover kunt u de komende maanden meer verwachten.

Het onderwerp '*De jonge prematuur*' werd actueel door het bericht, dezelfde week, dat een kind in de V.S., met een geboortegewicht van 280 gram, in leven was gehouden en na 6 maanden naar huis kon. Maar meer nog door het rapport dat de Gezondheidsraad in maart uitbracht. Daarin staat dat het aantal Intensive Care-plaatsen voor pasgeborenen zou moeten verdubbelen. Volgens dr. Verloove, die op de nascholingsdag over dit onderwerp sprak, is het in het advies genoemde aantal van 165 inmiddels al weer achterhaald, en is er behoefte aan 200 plaatsen. Daarbij is niet zozeer het gebrek aan couveuses, maar vooral het gebrek aan gespecialiseerde verpleegkundigen en neonatologen een probleem.

In het Tijdschrift van deze maand vindt u een zeer divers aanbod van artikelen, die elk voor zich ook een element van 'deskundigheidsbevordering' in zich hebben.

Marianne Amelink-Verburg

**Tabel 1.** Vergelijking gegevens met CBS-gegevens (in %).

	Land. testesr. (n = 399)	CBS '89
1. plaats bevalling		
thuis	34	33
ziekenhuis	63	64
2. partus door		
vroedvrouw	42	45
huisarts (1e lijn geneeskunde)	11	onb. ) 55
gynaecoloog (2e lijn geneeskunde)	46	onb.

Uit tabel 1 blijkt dat de cijfers uit ons onderzoek overeenkomen met die van het CBS waar het plaats van en begeleiding bij de partus betreft.

**Resultaten**

Het consultatiebureau werd door 98% van de geënquêteerden bezocht. Om de bekendheid van ouders na te gaan met een medisch gegeven, gemeten op het consultatiebureau werd gevraagd naar lengte en gewicht van hun zoon bij het laatste consultatiebureauonderzoek. Dit gegeven was bekend bij 98% van de ouders. Het groeiboek had 99% van de ouders in hun bezit. Vervolgens werd de ouders gevraagd naar ge-

gevens over testeslokalisatie van hun zoon. Er werd gevraagd of zij geregistreeerde informatie hadden en zo ja, waar deze was vastgelegd. In tabel 2 is de registratie van de testes in bezit van ouders vermeld naar provincie en naar soort registratie.

Het blijkt dat de meeste testesregistraties in het groeiboek te vinden zijn. Weinig ouders vermelden een kopie van het partusverslag als vorm van testesregistratie. Verder blijkt dat de registraties per provincies verschillen. Relatief goed wordt in Rotterdam en Zeeland geregistreerd. De minste registraties vinden plaats in Gelderland. In Tabel 3 staat de uitgifte van de ballenkaart naar diegene die de bevalling deed.

**Tabel 2.** Percentage kinderen (n=399) waarbij de testeslokalisatie geregistreerd is, per provincie, naar plaats van registratie

	geregistreerd in groeiboek* (n = 177)	geregistreerd op ballenkaart* (n = 127)	geregistreerd kopie partusverslag* (n = 33)
Limburg	59	23	10
Noord-Brabant	55	13	13
Utrecht	32	10	10
Drenthe	55	27	14
Noord-Holland	48	39	10
Zuid-Holland	43	47	3
Gelderland	25	20	4
Friesland	33	27	4
Overijssel	39	24	15
Zeeland	39	69	10
Groningen	37	43	3
Amsterdam	42	17	0
Rotterdam	73	47	7
Totaal	45	32	8

\* Percentages geregistreerd in groeiboek ballenkaart en partusverslag kunnen opgeteld groter zijn dan 100% vanwege overlapping tussen de categorieën.

Tabel 3. Uitgifte ballenkaart naar degene die de bevalling heeft verricht.

partus-assistent	ballenkaart ontvangen		nee		totaal
	ja n	%	n	%	
vroedvrouw	41	25	126	75	167
huisarts	10	23	33	77	43
gynaecoloog	75	41	108	59	183
anders/onbekend	1	0	5	0	6
totaal	127		269		399

Bij bevallingen door de verloskundige wordt in 25% een ballenkaart afgegeven. Bij bevallingen door gynaecologen is dit 41%. Van alle ouders was 66% in het bezit van geregistreeerde informatie over testeslokalisatie: in het groeiboek, op de ballenkaart of in de kopie van het partus-verslag.

Slechts 6% van de geënquêteerde ouders wist waarom de plaats van de testes na de geboorte schriftelijk wordt vastgelegd en wat het belang van deze registratie is. Het merendeel van deze ouders was (para)medisch geschoold.

**Testis-registratie bij de geboorte**

Naam : \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

**Testes spontaan in scrotum:**

	rechts	wel	niet	twijfelachtig
Datum: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	links: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: \_\_\_\_\_ rechts: ☐ ☐ ☐

links: ☐ ☐ ☐

Onderzoeker: \_\_\_\_\_ (HA; VK; GYN; KA) Z.O.Z.

**Na kraambed testes spontaan in scrotum:**

Datum: \_\_\_\_\_ rechts: ☐ ☐ ☐

links: ☐ ☐ ☐

Onderzoeker: \_\_\_\_\_ (HA; CB; KA)

Invullen als de testes bij later onderzoek wel in scrotum liggen. Bevindingen melden aan huisarts/consultatiebureauarts.

**BEWAAR DIT KAARTJE BIJ UW INENTINGSPAPIEREN.**

**TOON HET BIJ BEZOEK AAN HUISARTS, CONSULTATIEBUREAU OF SCHOOLARTS.**

Bij veel kinderen is de zaadbol vanaf de zesde levensmaand tijdens onderzoek tijdelijk omhooggetrokken uit het scrotum. Het is dan zeer belangrijk te weten hoe de ligging bij de geboorte was. Dit kan onnodige behandelingen voorkomen.

Bespreking

De prevalentiecijfers van niet scrotale testes bij kinderen ouder dan 1 jaar lopen sterk uiteen: van 2 tot 11%. Deze variatie wordt voor een groot deel veroorzaakt door de aanwezigheid van retractiliteit en vetafzetting boven en in het

scrotum, wat vaststellen van de lokalisatie kan bemoeilijken.<sup>7</sup> De te hoge aantallen onnodige operaties kunnen voor een groot deel verklaard worden door het niet herkennen van de retractiele testes. Dit kan voorkomen worden door systematische registratie van de plaats van de testes. De eerste dagen na de geboorte zijn voor onderzoek en registratie het meest geschikt, omdat dan de cremasterreflex, die de retractiliteit veroorzaakt, afwezig is. Bovendien is er dan nog weinig subcutaan vet. Retractiele testes zijn testes die onder bepaalde omstandigheden (bijvoorbeeld koude en aanraking) door een spiertje omhoog worden getrokken uit de balzak. Deze testes behoeven geen behandeling. Bij een goed onderzoek zijn deze testes in de balzak te brengen. Bovendien zijn deze testes in de puberteit altijd in de balzak.

Alleen onderzoek met een mondelinge mededeling aan de ouders dat de testes ingedaald zijn zal het aantal onnodige operaties weinig beïnvloeden. Dit omdat tijdens en na de geboorte de ouders zoveel meemaken en zoveel te verwerken krijgen dat veel informatie verloren gaat, vooral informatie waarvan zij het directe belang niet inzien. Bovendien dient men zich te realiseren dat indien de ouders vele jaren later geconfronteerd worden met het niet-scrotaal zijn van de testes van hun zontje zij zelden met zekerheid zullen stellen dat de testes bij de geboorte ingedaald waren. Mondelinge informatie over het belang van het ingedaald zijn van de testes kort na de geboorte zal op dezelfde manier vaak verloren gaan.

Uit ons onderzoek bleek dat 66% van de ouders geregistreeerde informatie bezat over testeslokalisatie en dat slechts 6% van de ouders op de hoogte waren van de betekenis van de plaats



van de testes na de geboorte. Wij zijn van mening dat met name het laatste percentage zorgwekkend laag is. Het is mogelijk dat de door ons geënquêteerde ouders toch een geselecteerde groep is. Immers, ouders moesten zelf reageren op onze oproepen en slechts 46% deed dit. Onderzoeken tonen aan dat als in gevallen zoals deze een selectie is opgetreden, dit zeer waarschijnlijk een selectie naar hogere opleiding en beter geïnformeerd zijn, betreft.<sup>8</sup> Dit zou betekenen dat de kennis over testeslocalisatie en het belang ervan bij de algemene populatie ouders, nog geringer is dan in onze steekproef. Het zou dan ook aanbeveling verdienen de plaats van de testes schriftelijk vast te leggen en tegelijkertijd schriftelijk informatie te verstrekken over het nut en het belang ervan. Het effect van de introductie van het ballenkaartje op Walcheren is in de loop van de jaren steeds duidelijker geworden. Het aantal enkelzijdige orchidopexieën is aldaar van 1982-1988 gehalveerd.<sup>9</sup>

Het verdient aanbeveling de registratie van de plaats van de testes na de geboorte te blijven stimuleren. Zowel de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde als de Nederlandse Vereniging voor Gynaecologie en Obstetrie en de Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen hebben hun leden geadviseerd testesregistratiekaartjes te gebruiken.

In de praktijk gebeurt dat nog te weinig. Dit kan veranderen door aan de ouders van elke pasgeboren jongen in uw praktijk een ingevulde ballenkaart mee te geven.

Het is aan te bevelen de plaats van de testes direct na de geboorte op dit kaartje aan te tekenen. De ouders krijgen dit kaartje mee en worden geïnformeerd over de bedoeling ervan; de huisarts krijgt een kopie. Bij het eerste consultatiebureaubezoek vraagt de consultatiebureau-arts naar het kaartje en noteert de gegevens in het groeiboek. Het is aan te bevelen ook in het groeiboek informatie op te nemen over de betekenis van retractiele testes.

Indien afgifte van het testesregistratiekaartje na de geboorte nog niet mogelijk is, kan de consultatiebureau-arts de gegevens over de plaats van de testes overnemen van het partus-verslag voor zover de ouders hiervan een kopie hebben. Overigens moeten de consultatiebureauartsen, kinderartsen, urologen en chirurgen op deze mogelijkheid worden gewezen, waarbij de notitie op het partus-verslag voor derden dui-

delijk moet zijn. Op bovengenoemde manier is het mogelijk dat van alle jongens in Nederland de plaats van de testes na de geboorte bekend is en dat ouders beschikken over deze informatie. Deze is dan ook direct beschikbaar vóór het besluit tot verwijzing c.q. behandeling.

*De testesregistratie kaartjes zijn aan te vragen bij firma Schering Nederland BV, Postbus 116, 1380 AC Weesp.*

### **Verantwoording:**

Dit artikel is geschreven in het kader van het door het Praeventiefonds gesubsidieerde project: stimuleren en evalueren van landelijk invoeren van testesregistratie in de neonatale periode (projectnr. 002819240).

### **Literatuur**

1. Hoogendoorn D. Stijgende frequentie van de orchidopexie. Ned Tijdschr Geneesk 1977; 121: 1625-1628
2. Scorer C.G. The descent off the testis. Arch Dis Childh 1964; 39: 605
3. Hirasings R.A., Grimberg R., Hirasings H.D. De frequentie van niet normaal ingedaalde testes bij jonge kinderen. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 2294-6
4. Venlet Melchoir C.J.E., Hirasings R.A. De betekenis van de registratie van de ligging van de testis in de jeugdgezondheidszorg ter voorkoming van onnodige orchidopexieën. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 42: 2084-2087.
5. Leerdam F.J.M., Hirasings R.A. Retrospective cohort study of the natural course of testes localisation in boys born in 1973 (voor publikatie aangeboden).
6. Boontje R. Vastleggen kan vastzetten voorkomen. Telefonische enquête naar de testesregistratie en de betekenis daarvan. NIPG/TNO Leiden 1991.
7. Gelderen H.H. van, Hirasings R.A. Prevalentie van niet ingedaalde testes. In: consensus bijeenkomst Beleid bij de niet scrotale testis. Centraal begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale toetsing. Utrecht, 1986.
8. Moser and Kalton. Methods in observational Epidemiology, Oxford University Press 1986.
9. Snick H.K.A. Sterke daling van de orchidopexie frequentie op Walcheren. Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 777-80.