

11. Hutson JM, Goh DW. Can undescended testes be acquired? *Lancet* 1993;341:20;504.
12. Wright JE. Testes do ascend. *Pediatr Surg Int* 1989;4:269-72.
13. Farrington GH. The position and retractibility of the normal testis in childhood with reference to the diagnosis and treatment of cryptorchidism. *J Pediatr Surg* 1968;3:53-9.
14. Hack WWM, Hirasig RA. De verworven niet-scrotale testis bij jongens: een onderschat fenomeen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:1809-12.
15. Cinti S, Barbatelli G, Pierleoni C, Caucci M. The normal, cryptorchid and retractile prepubertal human testis: a comparative morphometric ultrastructural study of 101 cases. *Scanning Microscopy* 1993;7:351-62.
16. Abyholm T, Gordeladze JO. True cryptorchidism and retractile testes in infertile men. *Acta Eur Fertil* 1986;17:15-8.
17. Ito H, Kataumi Z, Yanagi S, et al. Changes in the volume and histology of retractile testes in prepubertal boys. *Intern J Andrology* 1986;9:161-9.
18. Rasmussen TB, Ingerslev HJ, Hostrup H. Bilateral spontaneous descent of the testis after the age of 10: subsequent effects on fertility. *Br J Surg* 1988;75:820-3.
19. Puri P, Nixon HH. Bilateral retractile testes: subsequent effects on fertility. *J Pediatr Surg* 1977;12:563-6.
20. Theuvsen WJ, Vos LJM, Kremer J. Fertilitet na orchidopexie wegens maldescensus testis. *Ned Tijdschr Geneesk* 1982;126:1947-50.
21. Goh DW, Hutson JM. Is the retractile testis a normal, physiological variant or an anomaly that requires active treatment. *Pediatr Surg Int* 1982;126:249-52.
22. Mayr J, Rune GM, Holas A, et al. Ascent of the testis in children. *Eur J Pediatr* 1995;154:893-5.
23. Eardley I, Saw KC, Whitaker RH. Surgical outcome of orchidopexy II. Trapped and ascending testes. *Br J Urol* 1994;73:204-6.

Uit de praktijk

M.A.E. van Zaal, A.M. Dingemans-Dumas en P.H. Verkerk

Een gemiste patiënt bij de screening op CHT

De screening bij pasgeborenen op fenylketonurie (PKU) en congenitale hypothyreoïde (CHT) verloopt in Nederland zeer goed. Bij nagenoeg alle pasgeborenen kinderen wordt de hielprik uitgevoerd. Er zijn echter veel mensen die aan deze screening meewerken, zodat het niet verwonderlijk is dat er af en toe iets misgaat. Wij willen een recente situatie beschrijven waarbij een kind met CHT gemist is bij de screening.

Een CB-medewerker had van de Provinciale Ent Administratie (PEA) het verzoek gekregen om bij een pasgeborene een hielprik te verrichten. Dit werd gevraagd omdat de Ent Administratie van dit kind nog geen uitslagen van het laboratorium had ontvangen. Het kind was inmiddels 3 weken oud. De moeder van het kind vertelde dat het kind enkele dagen in het ziekenhuis had gelegen en dat daar de hielprik al gedaan was. De CB-medewerker heeft het kind daarom niet geprikt. Toen het kind 4 weken oud was, ging het naar het consultatiebureau. De arts van het bureau verwees het kind naar de huisarts, omdat het kind geel zag en suf was. Deze liet het kind in het ziekenhuis opnemen. Het kind bleek CHT te hebben. De behandeling met ge-

neesmiddelen kon daardoor pas op de leeftijd van 99 dagen gestart worden. Dit is veel later dan de streefleeftijd van maximaal 21 dagen. In deze situatie is het volgende verkeerd gegaan:

- De hielprik die in het ziekenhuis verricht was, was een bloedafname voor een andere bepaling. Dit was niet duidelijk voor de ouders.
- Toen de moeder zei dat de hielprik al gedaan was, heeft de CB-medewerker zelf het besluit genomen om de hielprik niet te verrichten, zonder dit aan de PEA te melden.

Bij de uitvoering van de screening op de ziekten PKU en CHT zijn veel werkers en veel organisaties betrokken. De hielprik wordt verricht door verpleegkundigen of kraamverzorgenden van de Ouder- en Kindzorg, verloskundigen, huisartsen en ziekenhuisverpleegkundigen. Zij zijn een onmisbare schakel voor een goed verloop van de screening. Er zijn afspraken gemaakt tussen de PEA en degenen die de hielprik verrichten. Als de PEA een verzoek doet voor een hielprik, dient hieraan voldaan te worden. In dit geval is de CB-medewerker afgeweken van de richtlijnen die in de organisatie gelden. Er had een goede oplossing bereikt kunnen worden als de PEA gebeld was. Want zelfs als er bij het kind een hielprik verricht is, kan er door de PEA om een tweede hielprik worden gevraagd. De envelop met het filtreerpapierkaartje kan zoekgeraakt zijn. Het gebeurt zelfs dat er hielprik-setjes naar het laboratorium gestuurd worden waarop geen naam van het kind is vermeld. De reden voor een tweede hielprik kan gevraagd worden aan de PEA. Dus als er twijfels zijn over de noodzaak van een hielprik, kan dit het best overlegd worden met de PEA in de regio. Op deze manier kan voorkomen worden dat kinderen niet gescreend worden.

M.A.E. van Zaal, P.H. Verkerk, TNO-Preventie en Gezondheid. A.M. Dingemans-Dumas, medisch adviseur Entadministratie Rotterdam. Correspondentieadres: P.H. Verkerk, TNO-Preventie en Gezondheid, Postbus 2215, 2301 CE Leiden.