

puberteit overwogen te worden. Daarnaast is het zinvol de familie van moederszijde genetisch te laten analyseren.

ABSTRACT

An inguinal hernia in a young girl; sporadic manifestation of testicular feminization. – Examination of a woman aged 17 years with primary amenorrhoea revealed normal breasts and external genital organs, hardly any axillary or pubic hair growth, a blind vaginal pouch and no palpable uterus or adnexa. At additional examination, uterus and adnexa proved to be absent, the serum testosterone concentration was substantially increased and the karyotype was 46,XY. The diagnosis was 'testicular feminization' (androgen insensitivity syndrome).

The patient in childhood had undergone a bilateral inguinal hernia operation, at which 'ovaries' were found in the hernial sacs. It might have been interpreted as the first sign of the syndrome; such a finding necessitates further examination.

Most patients with testicular feminization seek medical advice because of primary amenorrhoea. Early diagnosis is important because the risk of malignant degeneration of the intra-abdominal testes increases with advancing age (sometimes also in relatives). Also it makes it possible gradually to prepare the child for her future.

LITERATUUR

- 1 Ravitch MM, Welch KJ, Benson CD, Aberdeen E, Randolph JG, editors. Pediatric surgery. 4th ed. Vol II. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1986.
- 2 Morris JM, Mahesh BV. The syndrome of testicular feminization in male pseudohermaphrodites. *Am J Obstet Gynecol* 1953;65:1192-211.
- 3 Plate WP. Testiculaire feminisatie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1961; 105:1666-9.
- 4 Siegler RW, Beecham JB, Schned AR. Corpus albicans-like structures in the gonads in androgen insensitivity syndrome. *Int J Gynecol Pathol* 1996;15:177-80.
- 5 Manuel M, Katayama PK, Jones jr HW. The age of occurrence of gonadal tumors in intersex patients with a Y chromosome. *Am J Obstet Gynecol* 1976;124:293-300.
- 6 Bangsbøll S, Qvist I, Lebech PE, Lewinski M. Testicular feminization syndrome and associated gonadal tumors in Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71:63-6.
- 7 Speroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994:340-1.
- 8 Goodall J. Helping a child to understand her own testicular feminization. *Lancet* 1991;337:33-5.
- 9 Rutgers JL, Scully RE. The androgen insensitivity syndrome (testicular feminization): a clinicopathologic study of 43 cases. *Int J Gynecol Pathol* 1991;10:126-44.
- 10 Raffensperger JG, editor. Swenson's pediatric surgery. 5th ed. Norwalk, Conn.: Appleton & Lange, 1990:131.
- 11 Ulloa-Aguirre A, Carranza-Lira S, Mendez JP, Angeles A, Chavez B, Perez-Palacios G. Incomplete regression of müllerian ducts in the androgen insensitivity syndrome. *Fertil Steril* 1990;53:1024-8.

Aanvaard op 24 juli 1997

Endometriose in het ligamentum teres uteri als oorzaak van pijn in de lies

M.H.W.A. WIJNEN, H.M.PETERS EN R.M.H.ROUMEN

Onlangs werd in dit tijdschrift een uitstekend overzicht gepresenteerd van de problematiek rondom endometriosis externa. De beschreven ziektegevallen over endometriose in een litteken na een sectio caesarea waren van iatrogene aard.¹ Endometriosis externa manifesteert zich meestal in de peritoneale holte, maar er zijn diverse zeldzamere extra-abdominale lokalisaties beschreven, waarbij onder andere endometriosehaarden werden gevonden in huid, ogen en zelfs longen.² Recentelijk zagen wij in korte tijd 3 patiënten met cyclische pijn in de lies, die bleek te berusten op een extra-abdominale lokalisatie van endometriose in het ligamentum teres uteri.

ZIEKTEGESCHIEDENISSEN

Patiënt A, een vrouw van 31 jaar, had al enige tijd pijn in de rechter lies. Zij had bemerkt dat er af en toe een zwelling voelbaar en zichtbaar was. Aangezien er aanvankelijk werd gedacht aan een tenoperiostitis, werd zij behandeld met een lokale injectie met een depotcorticosteroid en een langwerkend lokaal anaestheticum. Dit had geen enkel resultaat en

Zie ook het artikel op bl. 2071.

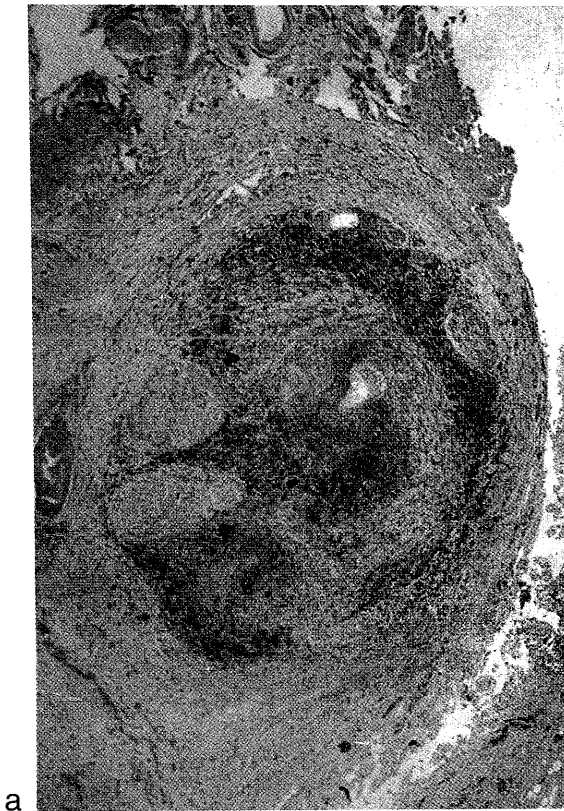
SAMENVATTING

Binnen een jaar zagen wij 3 patiënten, vrouwen van 31, 28 en 26 jaar, met een cyclisch pijnlijke zwelling in de lies. Na resectie van de zwelling werd bij histologisch onderzoek een beeld gezien passend bij een extra-abdominale endometriosehaard in het ligamentum teres uteri. Patiënten hadden na chirurgische resectie geen klachten meer. Bij een pijnlijke zwelling in de lies bij een vrouw in de vruchtbare levensperiode dient endometriose van het ligamentum teres uteri in de differentiaaldiagnose te worden opgenomen.

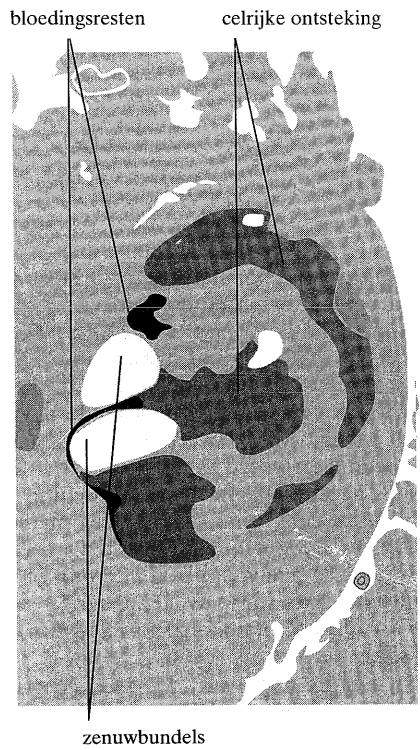
derhalve werd na enkele weken besloten de zwelling, die inmiddels goed te palperen was, chirurgisch te verwijderen. Patiënte meldde dat zij op dat moment menstrueerde en dat het haar was opgevallen dat zij in deze periode de meeste klachten had. Pathologisch-anatomisch onderzoek van het verwijderde weefsel toonde de aanwezigheid van endometriose in het ligamentum teres uteri.

Patiënt B, een vrouw van 28 jaar, zagen wij korte tijd later. Op grond van de overeenkomst van haar anamnese met die van patiënt A werd meteen gedacht aan de mogelijkheid van endometriose in het rechter ligamentum teres uteri. Na chirurgische resectie kon dit worden bevestigd (figuur).

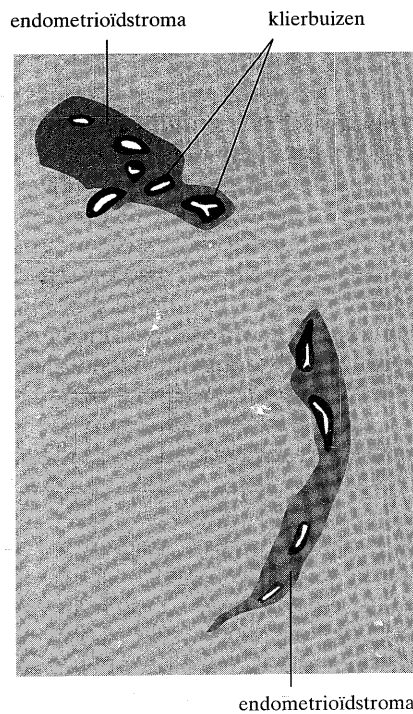
St.-Joseph Ziekenhuis, Postbus 7777, 5500 MB Veldhoven.
Afd. Heelkunde: M.H.W.A. Wijnen, assistent-geneeskundige; dr.R.M.H. Roumen, chirurg.
Afd. Pathologische Anatomie: H.M.Peters, patholoog.
Correspondentieadres: dr.R.M.H.Roumen.



a



b



Patiënt B: (a) doorsnede van het ligamentum teres uteri toont een hard met bloedingsresten en granulerende ontsteking (HE-kleuring; 25 maal vergroot); (b) een coupe op een volgend niveau toont een karakteristiek endometriosebeeld gekenmerkt door klierbuizen gelegen in endometrioidstroma (HE-kleuring; 50 maal vergroot).

Patiënt C, een vrouw van 26 jaar, werd enkele maanden later gezien en bij haar werd eveneens wegens cyclische pijn in de rechter lies de diagnose gesteld.

Alle 3 patiënten waren na chirurgische resectie van de endometriosehaard klachtenvrij.

BESCHOUWING

Het vóórkomen van ectopische extra-abdominale endometriosehaarden is betrekkelijk zeldzaam. Over de pathogenese hiervan bestaat geen duidelijke consensus. Tot nu toe zijn in de literatuur minder dan 50 patiënten met endometriose in het extraperitoneale ligamentum teres uteri beschreven.³ In het merendeel van de gevallen (90%) bleek dit rechtszijdig te zijn.³ Het lijkt ons uiterst onwaarschijnlijk dat het op louter toeval berust, dat wij binnen één jaar 3 patiënten met deze zogenaamd zeldzame aandoening zagen. Navraag bij het Pathologisch-Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief (PALGA) leerde dat in Nederland in 1995 6 maal, in 1996 12 maal en in de eerste helft van 1997 5 maal de diagnose 'endometriose in het ligamentum teres uteri' – endometriose in de lies of in het lieskanaal – werd gesteld. Wij denken dan ook dat de onbekendheid met deze diagnose ertoe leidt dat dit probleem niet vaker wordt onderkend, temeer daar de differentiaaldiagnose van pijn in de lies vrij uitgebreid is. Gerichte anamnese

en lichamelijk onderzoek plus de bekendheid met deze aandoening zullen er ongetwijfeld toe bijdragen dat deze diagnose vaker zal worden gesteld.

ABSTRACT

Endometriosis in the uterine round ligament as a cause of inguinal pain. – Within one year three patients, women aged 31, 28 and 26 years, presented with a cyclic painful small mass in the inguinal region. Histopathological examination of the resected specimen showed a pattern consistent with an extra-abdominal localization of endometriosis in the round ligament. The patients' complaints disappeared after surgical resection. It is concluded that in case of a painful mass in the inguinal region in a fertile woman endometriosis of the round ligament should be considered.

LITERATUUR

- 1 Brouha PCR, Lange DW de, Broekhuysen CL, Scholten E, Schipper MEI, Kon M. Iatrogene endometriosis cicatricialis. Ned Tijdschr Geneesk 1997;141:740-3.
- 2 Franklin RR, Navarro C. Extragenital endometriosis. Prog Clin Biol Res 1990;323:289-95.
- 3 Clausen I, Nielsen KT. Endometriosis in the groin. Int J Gynaecol Obstet 1987;25:469-71.

Aanvaard op 3 september 1997

Bijwerkingen van geneesmiddelen

Acute perceptieve slechthorendheid en metabole acidose als complicaties van externe behandeling van psoriasis met salicylzuurbevattende zalf

S.F.JONGEVOS, E.P.PRENS, J.H.WOLTERBEEK EN J.M.W.HABETS

Hoewel salicylzuur als onderdeel van lokale dermatotherapie frequent gebruikt wordt en de potentiële risico's bekend zijn, worden in de praktijk toch zelden bijwerkingen gezien. In onderstaande casus wordt de ziektegeschiedenis beschreven van een patiënte die vanwege psoriasis vulgaris behandeld werd met salicylzuurbevattende zalf en die hierbij, op basis van verhoogde percutane absorptie, het klinische beeld van salicylzuurintoxicatie ontwikkelde.

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Patiënt A, een 36-jarige vrouw, is vanaf haar 19e bekend met ernstige psoriasis vulgaris, die gepaard gaat met arthropathie van de distale interfalangeale gewrichten. Vanaf 1990 is zij in ons ziekenhuis onder behandeling. In de afgelopen jaren is het in totaal 7 maal nodig geweest om, vanwege een exacerbatie,

SAMENVATTING

Een 36-jarige vrouw, opgenomen vanwege een exacerbatie van psoriasis vulgaris, ontwikkelde koorts, een acuut perceptief gehoorverlies en tevens een forse, respiratoir gecompenseerde metabole acidose 4 dagen na aanvang van een therapie waarin gebruikgemaakt werd van een zalf die 10% salicylzuur bevatte voor lichaam en hoofd. Bij applicatie van salicylzuur op grote delen huid met tekenen van inflammatie bestaat het risico van verhoogde transcutane absorptie en intoxicatie. Hoge serumconcentraties salicylzuur (> 300 mg/l) ontregelen de glucosehuishouding en beschadigen het binnenoor. Wanneer tijdig ingegrepen wordt, zijn dergelijke symptomen grotendeels reversibel.

tot klinische behandeling over te gaan. De opnameduur bedroeg gemiddeld 6 weken.

Poliklinische PUVA-therapie (een combinatie van psoralenen en ultraviolet A) en behandeling met ciclosporine bleken onvoldoende effectief te zijn om exacerbaties te voorkomen. Klinische behandeling bestond afwisselend uit toepassing van koolteerpreparaat (Pix lithanthracis) met lichttherapie (ultraviolet B (UVB) (de zogenaamde Goeckerman-therapie) en de

Ziekenhuis Walcheren, Koudekerkseweg 88, 4382 EE Vlissingen.
Afd. Dermatologie: mw.S.F.Jongevos, assistent-geneeskundige; dr.E.P. Prens en dr.J.M.W.Habets, dermatologen.
Afd. Interne Geneeskunde: J.H.Wolterbeek, internist.
Correspondentieadres: dr.J.M.W.Habets.