

Farmacotherapeutische richtlijn Acute epididymitis

H Folmer

Inleiding

Epididymitis is een meestal acuut of subacuut ontstane ontsteking van de bijbal.¹ De bijbal of epididymis ligt tegen de achterzijde van de testis en heeft als functie opslag en uitrijping van spermatozoën. In de literatuur spreekt men van acute epididymitis bij een onbehandelde ziekteduur tot zes weken. Er is geen literatuur gevonden over een zogenaamde chronische vorm; daarom zijn hierover geen richtlijnen te geven.

Acute epididymitis gaat vaak gepaard met een urethritis en een orchitis, en veel minder vaak met een prostatitis. De belangrijkste symptomen zijn unilaterale scrotale pijn en zwelling. Begeleidende verschijnselen kunnen dysurie (meestal), koorts (70 tot 80%), erytheem van de scrotale huid (60%) en algemene malaise zijn. Altijd, maar vooral bij jongeren, moet bij acute scrotale pijn een torsio testis worden uitgesloten.

Achtergronden

Epidemiologie

Per jaar ziet men gemiddeld 1,7 nieuw geval van epididymitis/orchitis (ICPC-code Y74) per 1000 mannen. De incidentie neemt toe met het stijgen van de leeftijd: ouder dan 75 jaar 2,3 per 1000 mannen per jaar. Bij mannen jonger dan 24 jaar is de aandoening zeldzaam.²

Etiologie

Acute epididymitis wordt meestal voorafgegaan door een infectie via de urethra. Een dergelijke infectie kan door veel pathogenen worden veroorzaakt. Bij mannen jonger dan 35 jaar is er meestal sprake van een soa; bij 70-80% wordt *Chlamydia trachomatis* gevonden, minder vaak *Neisseria gonorrhoeae*, of beide. Bij mannen ouder dan 35 jaar vindt men bij kweek meestal veroorzakers van banale urineweginfecties, waaronder *Escherichia coli*, *Proteus spp.*, *Klebsiella pneumoniae* of *Pseudomonas aeruginosa*.³ Zeldzamere verwekkers zijn *Mycobacterium tuberculosis*, *Candida albicans* of een virus (bijvoorbeeld het cytomegalievirus bij immuungecompromitteerden of het bofvirus).

Bij anatomische afwijkingen van de urinewegen en na recent urologisch onderzoek (zoals katheterisatie) is het risico op het ontwikkelen van een epididymitis verhoogd.

Auteursgegevens

H. Folmer, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker NHG.

Niet-infectieuze oorzaken komen bij volwassen mannen weinig voor; gemeld worden: amiodarongebruik en vasculitis (ziekte van Behçet, polyarteriitis nodosa en purpura van Henoch-Schönlein). Bij jongens jonger dan 13 jaar komt vaker een 'steriele' epididymitis (bij >80%) voor, dat wil zeggen zonder aantoonbare verwekker. De etiologie hiervan is niet opgehelderd. De aandoening geneest meestal spontaan.

Als complicatie van een epididymitis kan een abces, een testiculaire infarct en atrofie van de testis optreden. In hoeverre dit tot subfertiliteit leidt, is onduidelijk.

Differentiaaldiagnose

De belangrijkste differentiaaldiagnose bij (jonge) mannen met (sub)acute scrotale pijn is torsio van de testikel. Torsio testis komt vooral voor rond de puberteit en veroorzaakt een acute hevige pijn. Andere oorzaken van scrotale pijn en zwelling kunnen zijn een trauma, een torsio van een appendix testis of een beklemd lieksbreuk.

Diagnostiek

Anamnese

De huisarts vraagt naar:

- duur en beloop van de klachten; begin van de pijn peracuut of niet?;
- koorts (koude rillingen) en algemene verschijnselen;
- urethrale afscheiding;
- mogelijkheid van een soa (leeftijd, aard van de seksuele contacten, wisselende partners);
- voorgeschiedenis met bacteriurie of predisponerende urologische factoren, mictieanamnese (dysurie, prostatitis, lagere urinewegobstructie, katheterisatie).

Lichamelijk onderzoek⁴

Bij het lichamelijk onderzoek vindt inspectie en palpatie van het scrotum plaats. Er kan een erytheem zijn van de scrotale huid. Epididymitis veroorzaakt pijn en zwelling aan de achterzijde van de testis. De epididymis voelt meestal wat harder aan. De pijn vermindert bij elevatie van het scrotum. Tevens inspecteert de huisarts de lymfeklieren in de liezen (palpatie).

Bij een torsio testis ligt de testis aan de aangedane zijde hoog en horizontaal in het scrotum. De cremasterreflex is afwezig en de pijn vermindert niet bij elevatie van het scrotum.

Bij een testistumor is er doorgaans een

niet-pijnlijke vaste zwelling in de testis palpabel.

Aanvullend onderzoek

Aanvullend onderzoek is vooral van belang bij het vermoeden van een soa. Het aanvullend onderzoek bestaat dan uit een urinekweek en onderzoek naar *Chlamydia* en *N. gonorrhoeae* (PCR eerste urinestraal; zie NHG-Standaard Het soa-consult). Als men geen venerische infectie vermoedt, kan worden volstaan met een urinekweek.

Evaluatie

Op grond van de anamnese en het lichamelijk onderzoek is niet met zekerheid te differentiëren tussen een infectieuze en niet-infectieuze epididymitis. In de praktijk dient men bij volwassenen echter uit te gaan van een infectieuze oorzaak. Bij kinderen (jonger dan 13 jaar) komt de niet-infectieuze vorm veel vaker voor en hangt het beleid af van de mate waarin het kind ziek is.

Beleid

Preventie en voorlichting

Bespreek bij het vermoeden van een venerische epididymitis het risico van seksueel overdraagbare aandoeningen. Motiveer de patiënt om veilig te vrijen, onbeschermd seksueel contact (oraal, vaginaal en anaal) met wisselende partners te vermijden en tijdig condoomgebruik toe te passen.

Niet-medicamenteuze adviezen

- Ondersteunen of hoog leggen van het scrotum (suspensoir).
- Kortdurende bedrust kan nodig zijn.
- Aanvullend kan lokale koeling met koude kompressen worden toegepast.

Medicamenteuze behandeling

Over de klinische werkzaamheid van diverse antimicrobiële regimes bij acute epididymitis is opvallend weinig goed onderzoek gevonden.⁵ Daarom is aansluiting gezocht bij de NHG-Standaarden Urineweginfecties en Het soa-consult.

In deze farmacotherapeutische richtlijn zijn de gegevens in de paragrafen 'Achtergronden' en 'Diagnostiek' voornamelijk ontleend aan bestaande richtlijnen, overzichtsartikelen en leerboeken. Het farmacotherapeutisch beleid is zo veel mogelijk gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek (systematische reviews en RCT's).

Geef behalve een antibioticum zo nodig gelijktijdig pijnstilling in de vorm van paracetamol of een NSAID.

De keuze van het antimicrobiële middel is afhankelijk van de verwachte verwekker en van het regionale resistentiepatroon. De vermoede verwekker hangt weer samen met de (seksuele en urologische) anamnese en met de leeftijd van de patiënt. Aanbevolen wordt de gebruikelijke kweken af te nemen en de behandeling op geleide van de uitslag zo nodig aan te passen.

- Behandel bij het vermoeden van een venerische epididymitis (meestal bij mannen jonger dan 35 jaar) conform het advies in de NHG-Standaard Het soa-consult (bij urethritis).
- Bij een (vermoedelijke) chlamydia-infectie is de eerste keus eenmalig 1 g azitromycine oraal; tweede keus is doxycycline 2 dd 100 mg (gedurende tien dagen). Geef bij een grote kans op of bij het vermoeden van een simultane gonokokkeninfectie naast één van de genoemde middelen 1 g cefotaxim i.m. Bij aanhoudende klachten de kuur eenmalig herhalen.

Aanbevolen wordt een gonorroïsche epididymitis te behandelen met eenmalig 1 g cefotaxim i.m. Als tweede keus wordt eenmalig 1 g cefuroximaxetil of eenmalig 500 mg ciprofloxacin oraal geadviseerd. Een chinolon is geen eerste keus omdat gonokokken daar in toenemende mate resistent tegen zijn.

Bij een vermoeden van één van bovengenoemde verwekkers wordt aangeraden de gebruikelijke kweek af te nemen (PCR eerste urinestraal) en indien mogelijk de partner(s) meteen mee te behandelen. Pas de therapie zo nodig aan op geleide van de PCR. Bij een vastgestelde chlamydia-infectie en/of infectie met *N. gonorrhoeae* is behandeling van de partner noodzakelijk.⁶

- Behandel bij het vermoeden van een niet-venerische epididymitis (bij mannen ouder dan 35-40 jaar worden bij een urinekweek meestal micro-organismen gevonden die urineweginfecties veroorzaken) in eerste instantie als bij een gecompliceerde urineweginfectie met weefselinvasie (conform de NHG-Standaard Urineweginfecties): eerste keus is amoxicilline/clavulaanzuur (3 dd 500/125 mg gedurende tien dagen). Tweede keus is cotrimoxazol (2 dd 960 mg) of ciprofloxacin (2 dd 500 mg) gedurende tien dagen. Pas op geleide van de uitslag van de urinekweek de behandeling aan. Bij aanhoudende klachten de kuur eenmalig herhalen.

Verwijzen⁷

Verwijs de patiënt naar de uroloog bij twijfel over de diagnose. Verwijzing is ook noodzakelijk bij het vermoeden van onderliggende pathologie zoals een lagere urinewegobstructie door een vergrote prostaat, een urethrastricture of een neurogene blaas.

Heroverweeg de diagnose en de behandeling als er drie dagen na het begin van de behandeling geen verbetering is. Verwijs de patiënt bij onvoldoende effect van de antibiotica, bij frequente recidieven, bij een vermoeden van onderliggende pathologie en bij persisterende pijn of zwelling na de antibioticakuur.

Kinderen en adolescenten met acute scrotale pijn moeten in verband met een mogelijke torsio testis direct worden verwezen. In dat geval moet ter voorkoming van testiculaire ischemie zo snel mogelijk manuele of chirurgische detorsie plaatsvinden. Verwijs ook direct bij het vermoeden van een testistumor.

Totstandkoming

Op de concepttekst van de Farmacotherapeutische richtlijn Acute epididymitis is commentaar geleverd door de volgende referenten: College voor zorgverzekeringen (CVZ), Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (WINAP), dr. L.M.O. de Kort (uroloog, UMC, Utrecht) en E.P.M. Roos (uroloog, Antoniusziekenhuis, Sneek). Vermelding als referent betekent overigens niet dat de referent de richtlijn inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

In september 2006 werd de concepttekst met enkele wijzigingen geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie.

© 2007 Nederlands Huisartsen Genootschap

Literatuur

Berger CP, Nijeholt AA. Epididymitis of testismaligniteit? Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:1669-71.

British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). National guideline for the management of epididymo-orchitis. <http://www.bashh.org/guidelines.htm>.

Centres for Disease Control and Prevention (CDC). Sexual transmitted diseases; updated treatment guidelines. <http://www.cdc.gov/std.treatment>.

Eickhoff JH, Frimodt-Moller N, Walter S, Frimodt-Moller C. A double-blind, randomized, controlled multicentre study to compare the efficacy of ciprofloxacin with pivampicillin as oral therapy for epididymitis in men over 40 years of age. BJU Int 1999;84:827-34.

Festen C. Het 'acute scrotum' bij kinderen. Ned Tijdschr Geneesk 1987;131:1465-6.

Hendriks AJ, De Vries JD, Debruyne FM. Differentiële diagnostiek en therapie bij acute aandoeningen van het scrotum. Ned Tijdschr Geneesk 1988;132:1142-5.

Horner PJ. European guideline for the management of epididymo-orchitis and syndromic management of acute scrotal swelling. Int J STD AIDS 2001;12 Suppl 3:88-93.

Lau P, Anderson PA, Giacomantonio JM, Schwarz RD. Acute epididymitis in boys: are antibiotics indicated? Br J Urol 1997;79:797-800.

Luzzi GA, O'Brien TS. Acute epididymitis. BJU Int

2001;87:747-55.

Naber KG, Bergman B, Bishop MC, Bjerklund-Johansen TE, Botto H, Lobel B, et al. EAU guidelines for the management of urinary and male genital tract infections. Urinary Tract Infection (UTI) Working Group of the Health Care Office (HCO) of the European Association of Urology (EAU). Eur Urol 2001;40:576-88.

Van Bergen JEAM, Dekker JH, Boeke AJP, Mastboom MT, Pijnenborg L, Van Lieshout J. NHG-Standaard Het soa-consult. Huisarts Wet 2004;47:636-51.

Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.

Van Haaren KMA, Visser HS, Van Vliet S, Timmermans AE, Yadava R, Geerlings SE, et al. NHG-Standaard Urineweginfecties. Tweede herziening. Huisarts Wet 2005;48:341-52.

Noot 1

Bij de totstandkoming van deze richtlijn is gebruikgemaakt van een concepttekst van het gelijknamige hoofdstuk voor het boek *Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk* en van een overzichtartikel van Luzzi et al. [Luzzi 2001].

Noot 2

De incidentiecijfers zijn gebaseerd op de Tweede Nationale Studie [Van der Linden 2004].

Noot 3

In de literatuur worden als verwekkers van acute epididymitis verwekkers van soa's en van banale urineweginfecties beschreven [Horner 2001, Luzzi 2001, Naber 2001, Centres for Disease Control and Prevention (CDC) 2002]. De beschrijving van de niet-infectieuze oorzaken en complicaties is gebaseerd op een overzicht van Luzzi et al. [Luzzi 2001].

De beschrijving van het beeld van een 'steriele' epididymitis bij jongens jonger dan 13 jaar is gebaseerd op een klein onderzoek van Lau et al. Volgens dat onderzoek (n=48) zou er in deze leeftijdsgroep bij minder dan 20% sprake zijn van een bacteriële oorzaak [Lau 1997].

Noot 4

De (differentiaal)diagnostiek en het onderzoek zijn vooral gebaseerd op overzichtartikelen van Hendriks et al. [Hendriks 1988], van Luzzi et al. [Luzzi 2001] en van Berger [Berger 1996].

Noot 5

Het beleid bij (het vermoeden van) een niet-venerische epididymitis is vooral gebaseerd op de NHG-Standaard Urineweginfecties [Van Haaren 2005].

Macroliden. Het werkingspectrum van macroliden lijkt op dat van penicillinen, maar is iets breder. Het omvat ook *Chlamydia trachomatis* en *Chlamydia pneumoniae*.

Over de klinische werkzaamheid van macroliden bij acute epididymitis is geen onderzoek gevonden. In een onderzoek bleek azitromycine in een eenmalige dosering van 1 g zeer effectief te zijn (bijna 100% genezing) bij de behandeling van een urethritis of cervicitis door *Chlamydia*. In een ander onderzoek werd bij meer dan 85% van de patiënten klinische genezing van een chlamydia-infectie en van niet-specifieke infecties bereikt; dit percentage was hoger dan bij een zevendaagse kuur met doxycycline. Azitromycine wordt in het algemeen goed verdragen (zie voor onderbouwing: NHG-Standaard Het soa-consult) [Van Bergen 2004].

Tetracyclinen. Tetracyclinen (zoals doxycycline) hebben een breed werkingspectrum dat ook *Chlamydia trachomatis* en spirocheten (syfilis) omvat.

Bij het vermoeden van een chlamydia-infectie wordt in sommige richtlijnen doxycycline 2 dd

100 mg gedurende tien tot veertien dagen geadviseerd, maar dit is niet door onderzoek onderbouwd [Luzzi 2001].

Cefalosporinen. De cefalosporinen van de tweede en derde generatie (zoals cefuroximaxetil oraal, en cefotaxim en ceftriaxon parenteraal) zijn onder meer werkzaam tegen gramnegatieve micro-organismen (zoals de gonokok). Bovendien zijn ze ongevoelig voor de bètalactamase van gramnegatieve bacteriën.

Over de klinische werkzaamheid van cefalosporinen bij acute epididymitis is geen onderzoek gevonden. Vanwege de toenemende resistentie van gonokokken tegen chinolonen wordt in de NHG-Standaard Het soa-consult bij gonorrhoe als eerste keuze éénmalig 1 g cefotaxim intramusculair geadviseerd.

Chinolonen. De gefluoreerde chinolonen hebben een breed werkingsspectrum dat naast vrijwel alle gramnegatieve bacteriën (inclusief gonokokken) ook grampositieve soorten als stafylokokken en bijzondere soorten als *Chlamydiae* omvat.

Ciprofloxacin is van de chinolonen het meest actief tegen *Pseudomonas aeruginosa*. Klinische resistentieontwikkeling tegen fluorochinolonen bij onder meer *Pseudomonas* en gonokokken wordt in toenemende mate gemeld. Er is één onderzoek gevonden onder mannen ouder dan 40 jaar met epididymitis (n=158) waarin ciprofloxacin werd vergeleken met pivampicilline; ciprofloxacin 2 dd 500 mg bleek in 80% van de gevallen succes te hebben versus 60% bij pivampicilline [Eickhoff 1999].

Noot 6

Het beleid bij het vermoeden van een venerische epididymitis (meestal bij mannen jonger dan 35 jaar) is gebaseerd op de NHG-Standaard Het soa-consult [Van Bergen 2004]. Voor een uitgebreidere beschrijving en onderbouwing wordt naar deze standaard verwezen. Bij een vastgestelde chlamydia-infectie en/of infectie met *N. gonorrhoeae* is behandeling van de partner noodzakelijk [Luzzi 2001, Horner 2001, Van Bergen 2004].

Noot 7

De overweging om bij uitblijven van verbetering na drie dagen de diagnose en behandeling te heroverwegen, alsmede het advies om de patiënt te verwijzen bij onvoldoende effect van de antibiotica, bij frequente recidieven, bij het vermoeden van onderliggende pathologie en bij persistente pijn of zwelling na de antibioticakuur, zijn gebaseerd op de richtlijn van de Centres for Disease Control and Prevention en op de richtlijnen van de British Association for Sexual Health and HIV [Centres for Disease Control and Prevention (CDC) 2002, British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) 2001]. Het advies om kinderen en adolescenten met (sub)acute scrotale pijn direct te verwijzen, is gebaseerd op Europese richtlijnen en op een Nederlands overzichtsartikel [Horner 2001, Festen 1987].

NHG-Standaard Bloedonderzoek: algemene principes en uitvoering in eigen beheer (M40) komt te vervallen

In verband met zijn gevorderde leeftijd is onlangs bekeken of de NHG-Standaard Bloedonderzoek: algemene principes en uitvoering in eigen beheer, geactualiseerd moest worden. Deze standaard handelt voor een groot deel over besliskundige principes die bij het aanvragen van diagnostiek in het algemeen in acht moeten worden genomen. Omdat de LESA Rationeel aanvragen

van laboratoriumdiagnostiek alle nodige medisch inhoudelijke informatie geeft over het aanvragen van laboratoriumonderzoek van onverklaarde lichamelijke klachten, is het belang om deze standaard te handhaven niet groot. Besloten is dan ook deze standaard in te trekken.

Tjerk Wiersma

LESA Angststoornissen

Bij deze H&W vindt u de LESA Angststoornissen als supplement bijgesloten. U vindt deze ook op de NHG-website: www.nhg.org.

Borstvoeding geen contra-indicatie meer voor het maken van screeningsuitstrijkjes

In de NHG-Standaard Cervixuitstrijkjes gelden borstvoeding en de eerste zes maanden nadien als contra-indicatie voor het maken van uitstrijkjes in het kader van het bevolkingsonderzoek vanwege problemen bij de beoordeelbaarheid in het laboratorium. Uit een recente herziening van de Praktijkrichtlijn bevolkingsonderzoek cervixcytologie van de Nederlandse Vereniging van Pathologie die ook door het NHG becommentarieerd is, blijkt dat deze beoordelingsproblemen

inmiddels zijn opgelost. Deze contra-indicatie komt daarmee te vervallen (<http://www.pathology.nl/nvvp/nvvp.cms.nsf>). Het is wel zo dat de aanvragende huisarts op het aanvraagformulier moet vermelden dat de betrokken vrouw borstvoeding geeft of recent (minder dan drie maanden tevoren) borstvoeding heeft gegeven. Het celbeeld van de cervix ziet er namelijk tijdens borstvoeding anders uit, waar de beoordelaar rekening mee moet houden. In overleg met

de screeningsorganisaties is afgesproken het uitnodigingsbeleid en het aanvraagformulier hierop aan te passen. Deze beleidswijziging ten aanzien van uitstrijkjes bij borstvoeding zal worden meegenomen in de aanstaande revisie van de NHG-Standaard. Overigens blijft de contra-indicatie voor screeningsuitstrijkjes tijdens de zwangerschap en de eerste zes maanden daarna gehandhaafd.

Tjerk Wiersma