

Intermitterende torsio testis: verdraaid belangrijk om te (h)erkennen

Pim Keurlings, Diederik Baas, Diederik Somford

Een torsio testis is voor huisartsen een bekende en waarschijnlijk ook beruchte diagnose. Minder bekend is de 'reversibele' variant hiervan, de zogenaamde intermitterende torsio testis (ITT). ITT is een klinisch zeer relevante diagnose, omdat ze een belangrijke voorspeller vormt voor het optreden van een (irreversibele) torsio testis in de toekomst. Wanneer huisartsen ITT tijdig herkennen, kunnen ze morbiditeit en verminderde vruchtbaarheid helpen voorkomen. Alleen zoeken veel patiënten met ITT geen medische hulp en onderkennen huisartsen het belang van deze aandoening niet altijd.

CASUS

Een 16-jarige gezonde jongeman bezoekt zijn huisarts. Hij is ongerust, want afgelopen week heeft hij tweemaal zeer hevige stekende pijn gehad aan zijn linkertestikel (VAS-score 8). De twee pijn aanvallen ontstonden acuut, tijdens respectievelijk liggen en wandelen, en duurden ongeveer een uur, waarna ze even plotseling spontaan verdwenen. De pijn ging niet gepaard met andere klachten. De twee tussenliggende dagen was hij volledig klachtenvrij, net als nu. Bij onderzoek van de genitalia en urineonderzoek vindt de huisarts geen afwijkingen.

ACUTE SCROTALE PIJN EN TORSIO TESTIS

Acute scrotale pijn komt geregeld voor in de huisartsenpraktijk en tijdens de ANW-dienst (incidentie: 3,4 per 1000 mannen per jaar).¹ Meestal heeft de pijn een relatief onschuldige oorzaak, zoals een epididymitis.^{2,3} Een torsio testis, een urologisch spoedgeval, moet echter bij alle patiënten worden uitgesloten. Dit ziektebeeld kan op iedere leeftijd ontstaan (incidentie: 3,8 per 100.000 mannen per jaar), maar kent twee grote incidentiepieken: in de perinatale fase en rond de puberteit.² De tweede piek tussen 12 en 18 jaar ontstaat door een snelle massatoename van de testes, waardoor het risico op torsie hoger is. Bij een torsio testis draait de testis rond zijn longitudinale as, waardoor de funiculus spermaticus getornd wordt, wat tot ischemie van de testis leidt [figuur]. Een torsio testis kenmerkt zich door acute, unilaterale en intense pijn in het scrotum, uitstralend naar lies of abdomen. Vanaf zes uur na het ontstaan van de klachten kan de pijn weer langzaam uitdoven als de testis necrotisch wordt. Bij patiënten met een klassieke presentatie bevindt de aangedane testis zich hoog in het (meestal gezwollen) scrotum en is de



Tot 50% van de patiënten met een ITT ontwikkelt later een irreversibele torsio testis.

Foto: iStock

epididymis anterior gelegen. De cremasterreflex is aan de aangedane zijde doorgaans afwezig en de pijn neemt meestal niet af bij omhooghouden van de aangedane scrotumzijde (zoals bij epididymitis).^{2,3} De perinatale torsio testis heeft duidelijk andere klinische kenmerken, aangezien 70% al geuitme tijd voor de geboorte is ontstaan. Daardoor is doorgaans sprake van een vaste pijnloze hemiscrotale zwelling zonder ontstekingskenmerken.⁴

INTERMITTERENDE TORSIO TESTIS (ITT)

ITT, ook wel 'torsio-detorsio testis' genoemd, is voor het eerst in 1895 beschreven.⁵ Deze aandoening heeft dezelfde leeftijdsverdeling als een irreversibele torsie en kenmerkt zich ook door hevige hemiscrotale pijn met een plotseling begin. Bij ITT houdt de pijn echter slechts enkele minuten tot hooguit een uur aan, om daarna plotseling weer te verdwijnen.⁶⁻⁸ De pijn ontstaat vaak in de nacht, bij lichamelijke inspanning of tijdens seksuele opwindning.^{6,9} Behalve hevige pijn met een plotseling begin en einde rapporteert 25-50% van de patiënten misselijkheid en/of braken.^{6,8} Na de aanval is de patiënt uren

tot maanden volledig klachtenvrij, waarna de ITT kan terugkeren. Gemiddeld heeft een patiënt twee tot vier pijn aanvallen gehad voordat hij medische hulp zoekt.⁶⁻⁸

VERVOLG VAN DE CASUS

De huisarts weet niet goed wat er aan de hand is, maar vermoedt voorbijgaande hypertonie van de bekkenbodemmusculatuur. Hij is in eerste instantie gerustgesteld door de volledige afwezigheid van klachten op dit moment en het normale lichamelijke onderzoek. Hij stelt de patiënt gerust en legt hem de alarmsymptomen van een torsio testis uit. Toch laat deze beslissing hem die dag niet los, vooral omdat de pijn zo hevig was. Aan het einde van de dag besluit de huisarts daarom de casus telefonisch voor te leggen aan de uroloog. Deze denkt aan ITT.

DIAGNOSTIEK

Het stellen van de diagnose ITT vormt om twee redenen een uitdaging: de meeste patiënten zijn klachtenvrij wanneer ze bij de huisarts komen en er bestaat geen definitieve diagnostische test voor ITT.^{6,8} De kenmerkende anamnese heeft de belangrijkste diagnostische waarde. Vooral de hevige hemiscrotale pijn (meestal VAS-score 8 of hoger) in afwezigheid van een trauma, het abrupte begin, het plotse einde en de begeleidende misselijkheid en/of braken onderscheiden ITT van andere oorzaken van scrotale pijn.⁶

Naast een zorgvuldige reconstructie van de pijn aanval kan ook lichamelijke onderzoek bijdragen aan het stellen van de diagnose. Hoewel de kenmerkende bevindingen van een torsio testis vrijwel altijd afwezig zijn, zijn soms nog enige testiculaire zwelling en gevoeligheid vast te stellen wanneer de aangedane zijde met de andere zijde wordt vergeleken (vooral wanneer een patiënt kort na de ITT op het spreekuur komt).^{6,10,11} Bovendien is bij minimaal de helft van de ITT-pa-

tiënten (onafhankelijk van het moment waarop deze bij de arts komen) een horizontaal gelegen testis te voelen.^{6,8,9} Zo'n horizontale testis past bij de zogenaamde 'klepeldeformiteit' van de testis (*bell clapper testis*), een aangeboren anatomische anomalie die een belangrijke predisponerende rol speelt bij ITT [figuur]. Hierbij heeft de testis relatief meer bewegingsruimte in het scrotum, wat de kans op een draaiing vergroot.⁹ Omdat een definitieve diagnostische test voor ITT ontbreekt, betreft het een diagnose per exclusionem. Andere oorzaken van recidiverende hemiscrotale pijn, waaronder trauma, een urineweginfectie, epididymitis/orchitis, bekkenbodempathologie en hydrocele, moeten worden uitgesloten.⁷ Naast anamnese en lichamelijke onderzoek past hierbij een urineonderzoek en eventueel ook een echografisch onderzoek.^{6,8} Gemiddeld krijgt slechts 6% van de mannen met recidiverende unilaterale scrotumpijn daarna de werkdiagnose ITT.^{7,8}

BEHANDELING

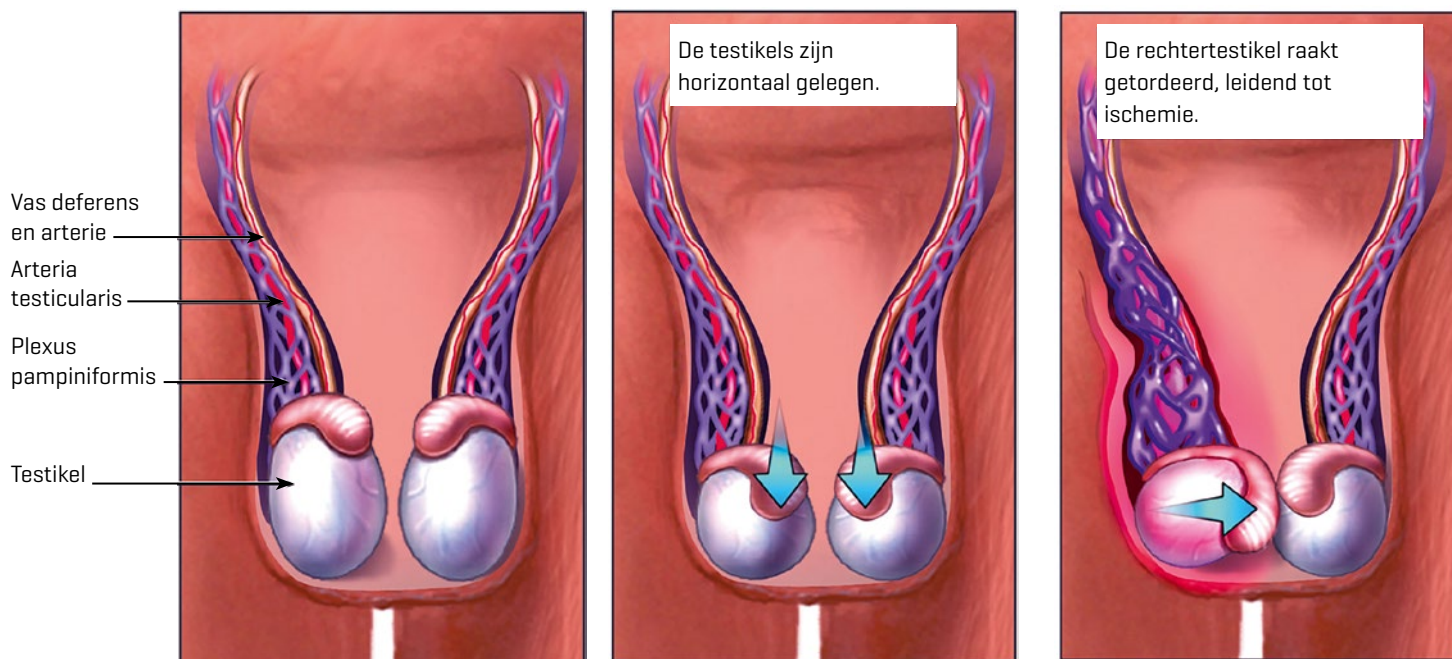
Herkenning en erkenning van ITT zijn van groot belang omdat deze aandoening een voorbode van (irreversibele) torsio testis kan zijn. Dertig tot 50% van de patiënten met een ITT ontwikkelt later een irreversibele torsie.^{9,12,13} En omgekeerd: 50% van de patiënten met een (irreversibele) torsio testis vertelt dat ze een of meer voorafgaande episodes van acute voorbijgaande scrotale pijn hebben doorgemaakt.^{9,14,15} Zodra eenmaal duidelijk is dat het om een irreversibele torsie gaat, geldt het adagium 'tijd is testis': chirurgische exploratie dient zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen zes uur, plaats te vinden om de kans op irreversibele ischemische schade aan de testis zo klein mogelijk te maken.² Bij 20-40% van de patiënten met een torsio testis treedt testikelverlies op wanneer diagnosestelling en behandeling vertraging oplopen.¹⁶ Ook kan

Figuur

Normale anatomie

Klepeldeformiteit

Torsio testis



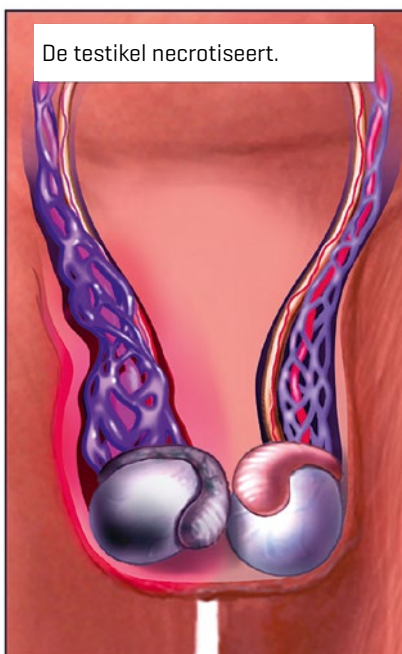
verminderde vruchtbaarheid ontstaan doordat ischemie en samengaande oxidatieve stress schade aan de contralaterale (gezonde) testis kunnen veroorzaken.² Voorkomen van een torsio testis is daarom beter dan genezen. Met ITT heeft men een machtig wapen in handen: in theorie zou de helft van de irreversibele torsio's kunnen worden voorkomen. Wanneer ITT wordt behandeld met het operatief fixeren van de testikels (orchidofixatie) blijkt 98% van de patiënten nooit meer scrotale pijn te rapporteren.^{6,8} Behandeling van ITT is ook relevant om een andere reden: recidiverende ITT-episodes kunnen atrofie en fibrosering van de testis veroorzaken, met eveneens verminderde vruchtbaarheid tot gevolg.^{7-9,11}

Bij een vermoeden van de diagnose ITT moet de huisarts een patiënt met verkorte toegangstijd (< 2 weken) verwijzen naar de uroloog. Een orchidofixatie moet men bij voorkeur zo spoedig mogelijk na het stellen van de diagnose ITT uitvoeren, omdat uit onderzoek blijkt dat 10% van de patiënten tijdens de wachttijd tot de operatie alsnog een irreversibele torsio testis ontwikkelt.¹⁷ Veel patiënten zullen peroperatief een klepeldeformiteit vertonen, een pathognomisch kenmerk van ITT.^{6,7,11} Aangezien een klepelanomalie bij 90% van de mannen bilateraal aanwezig is,⁷ zal de uroloog in dit geval altijd een tweezijdige orchidofixatie uitvoeren. ■

VERVOLG VAN DE CASUS

Ook tijdens polikliniekbezoek denkt de uroloog aan de diagnose ITT. Lichamelijk onderzoek en urineonderzoek vertonen ook nu geen afwijkingen en de arts denkt dat aanvullend echografisch onderzoek geen toegevoegde waarde heeft. Na overleg met de patiënt meldt de uroloog hem aan voor een electieve orchidofixatie beiderzijds.

Testikelnecrose



Figuur: Alamy

LITERATUUR

- Nielen MMJ, Spronk I, Davids R, Korevaar JC, Poos R, Hoeymans N, et al. Estimating morbidity rates based on routine electronic health records in primary care: observational study. *JMIR Med Inform* 2019;7:e11929.
- De Vries LJ, Vos H, Speel TGW, Van den Elskamp I, Joris Datema J, Lameijer H. Een jongeman met een pijnlijk scrotum. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2019;163:D3529.
- Verlee L, Bouma M. NHG-Behandelrichtlijn Acute epididymitis bij volwassenen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2016.
- Van der Toorn F, Van der Horst HJR, De Gier RPE, De Jong TPVM, Nijman JM, Wolffenbuttel KP. Perinatale torsio testis: nieuwe inzichten en beleidsadvies. *Tijdschr Kindergeneesk* 2009;5:187-91.
- Van der Poel J. Strangulation of the testes and epididymis from torsion of the spermatic cord. *Med Rec* 1895;47:742.
- Eaton SH, Cendron MA, Estrada CR, Bauer SB, Borer JG, Cilento BG, et al. Intermittent testicular torsion: diagnostic features and management outcomes. *J Urol* 2005;174:1532-5.
- Hayn MH, Herz DB, Bellinger MF, Schneck FX. Intermittent torsion of the spermatic cord portends an increased risk of acute testicular infarction. *J Urol* 2008;180:1729-32.
- Obi AO. Intermittent testicular torsion. *Niger J Clin Pract* 2017;20:1273-6.
- Stillwell TJ, Kramer SA. Intermittent testicular torsion. *Pediatrics* 1986;77:908-11.
- Kahn F, Muoka O, Watson GM. Bell clapper testis, torsion, and detorsion: a case report. *Case Rep Urol* 2011;63:1970.
- Agahaji AE. Intermittent testicular torsion. *Int J Med Health Dev* 2000;5:10-13.
- Chapman RH, Walton AJ. Torsion of the testis and its appendages. *Br Med J* 1972;1:164-6.
- Whitaker RH. Diagnoses not to be missed. Torsion of the testis. *Br J Hosp Med* 1982;27:66-9.
- Cass AS. Elective orchiopexy for recurrent testicular torsion. *J Urol* 1982;127:253-4.
- Knight PJ, Vassy LE. The diagnosis and treatment of the acute scrotum in children and adolescents. *Ann Surg* 1984;200:664-73.
- Zwijenburg A, Van Staaib B. Denk bij buikpijn aan torsio testis. *Huisarts Wet* 2015;58:617.
- Creagh TA, McDermott TE, McLean PA, Walsh A. Intermittent torsion of the testis. *BMJ* 1988;297:525.

Keurlings PAJ, Baas DJH, Somford DM. Intermitterende torsio testis: verdraaid belangrijk om te [h]erkennen *Huisarts Wet* 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020-0590-0.

Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: P.A.J. Keurlings, huisarts en universitair docent, Pim.Keurlings@radboudumc.nl. Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, afdeling Urologie, Nijmegen: D.J.H. Baas, arts-assistent urologie; dr. D.M. Somford, uroloog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.