

Gemiste diagnose: het valt niet terug te draaien

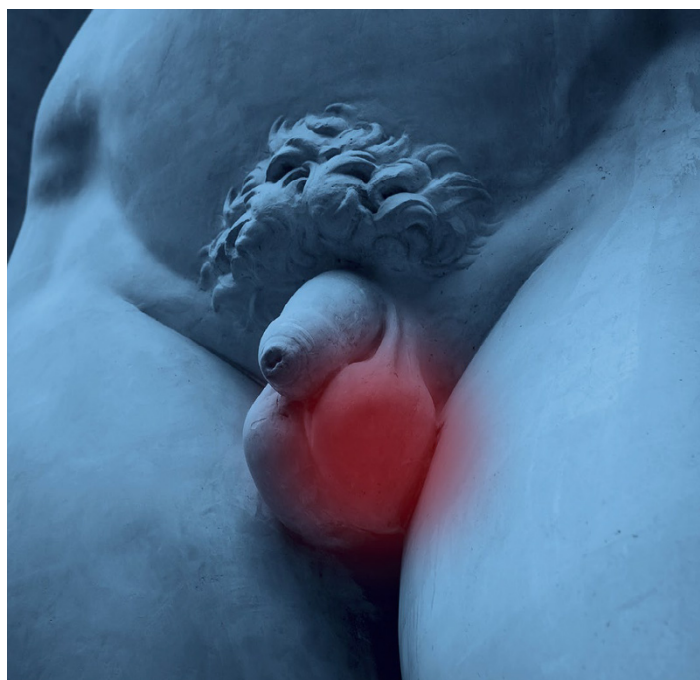
Henrike Oosterop-Huismans, Rien Klomp, Manon Eikens-Jansen, Jobien Olijhoek

Het missen van een diagnose is vervelend voor alle betrokkenen. Als patiënten besluiten de door hen geleden schade op de zorgverlener te verhalen, kunnen zij een claim indienen. Een van de vaker gemiste diagnoses die tot een claim leiden, is torsio testis. Om inzicht te krijgen in de factoren die maken dat huisartsen deze diagnose missen, voerden we een nadere analyse van de betreffende claimgegevens uit. Met dit artikel hopen we het bewustzijn van de soms atypische presentatie van torsio testis onder huisartsen te vergroten, zodat ze deze diagnose minder vaak zullen missen.

Voor deze analyse verrichtten we geanonimiseerd dossieronderzoek van de claims die in de periode 2011 tot en met 2020 ingediend zijn bij VvAA [kader Een claim indienen]. In de onderzochte periode zijn 47 claims ontvangen die betrekking hebben op de diagnose torsio testis. Van deze 47 dossiers bleken 10 dossiers onvoldoende medische informatie te bevatten. De overige 37 claims hebben we nader geanalyseerd. Van deze 37 claims gaat het bij 27 (73%) om handelen op de huisartsenpost. De meeste claims, 43%, komen van jonge mannen tussen 15 en 18 jaar (n = 16), bij 24% van de claims gaat het om mannen ouder dan 18 jaar (n = 9). De overige claims, 33%, betreft jongens jonger dan 15 jaar (n = 12).

RESULTATEN

Bij de beoordeling van de claims viel op dat de patiënt niet altijd met (per)acuut hevige pijn op het spreekuur kwam. Daarom hebben we de aspecten van de pijn nader geanalyseerd. In 24 van de 37 gevallen had de patiënt scrotale pijn. In de andere 13 dossiers bleek er sprake van pijn in de buik, been en/of lies. In 43% van de gevallen interpreteerde de arts de pijn niet als hevig. In een enkel geval omschreef de triagist de pijn in de anamnese wel als zodanig, maar heeft de arts deze ten tijde van het consult niet als hevig geclassificeerd. Bij 10 van de 37 claims was er wel sprake van hevige pijn, bij 1 patiënt ging de pijn op en af, en bij de overige 10 van de 37 claims konden we geen duidelijkheid over de hevigheid van de pijn verkrijgen. Van de 13 patiënten zonder scrotale pijn hadden er 10 buikklachten. Bij 2 van de mensen met buikklachten was er sprake van een telefonisch consult en bij 5 van de 8 patiënten deed de arts lichamelijk onderzoek van de buik, maar geen onderzoek van de testes.



Een van de vaker gemiste diagnoses die tot een claim leiden, is torsio testis.

Foto: Shutterstock

In 19 van de 37 gevallen stelde de arts de diagnose epididymitis en/of orchitis. Elf van deze patiënten waren jonger dan 18 jaar. Bij 3 van de 37 patiënten was er sprake van een voorafgaand trauma. De andere gestelde diagnoses waren divers van aard, bijvoorbeeld atypische buikklachten en spierpijn. In 7 van de 19 dossiers waarin de diagnose epididymitis en/of orchitis was gesteld, verrichtte de arts aanvullend urineonderzoek. In 6 gevallen waren in het eerste urineonderzoek geen afwijkingen te zien. Bij 1 patiënt vond de arts erytrocyten in de urine. In 10 gevallen verrichtte de arts geen aanvullend onderzoek en van 2 patiënten hebben wij niet terug kunnen vinden of er aanvullend onderzoek is gedaan. In 8 van de 37 gevallen heeft er overleg met een specialist plaatsgevonden: 1 maal met een kinderarts en 7 maal met een uroloog. Wanneer we alleen kijken naar patiënten onder de 18 jaar met scrotale klachten, is er in 5 van de 16 gevallen overlegd met een specialist. Geen enkele van deze overleggen leidde tot een spoedverwijzing. In 2 gevallen zijn de klachten

EEN CLAIM INDIENEN

Wanneer een patiënt besluit de door hem geleden schade op de zorgverlener te verhalen en een claim indient, benadert de zorgverlener zijn beroepsaansprakelijkheidsverzekering. Vervolgens neemt een juridisch medewerker de claim in behandeling. Vaak consulteert deze daarbij een medisch adviseur, in de regel een beroepsgenoot. Bij het beoordelen van een claim wordt het handelen van de arts getoetst aan de bestaande behandelrichtlijnen. Aansprakelijkheid wordt erkend wanneer er schade is ontstaan door het onzorgvuldig handelen van de zorgverlener.

TORSIO TESTIS

Het klassieke beeld bij torsio testis is (per)acute, hevige pijn, vaak met vegetatieve verschijnselen [misselijkheid, braken, zweten, duizeligheid en flauwvallen]. De pijn wordt soms voorafgegaan door eerdere episodes met veel pijn, die spontaan afnemen [door torsie en detorsie], en kan uitstralen naar de onderbuik en de lies. Meestal zijn er geen mictieklachten en is de temperatuur niet verhoogd. De meeste patiënten met een torsio testis zijn tussen de 12 en 18 jaar. Er is geen aparte richtlijn voor torsio testis. De aandoening is deels opgenomen in de NHG-Behandelrichtlijn Acute epididymitis bij volwassenen. Hierin wordt geadviseerd patiënten < 18 jaar met (sub)acut ontstane eenzijdige klachten in het scrotum met spoed door te verwijzen naar een uroloog om een torsio testis uit te sluiten.

geduid als passend bij een trauma en in de overige 3 gevallen als passend bij een epididymitis dan wel orchitis.

BESCHOUWING

Torsio testis blijkt een diagnostische uitdaging [**kader Torsio testis**].^{1,2} De meeste van de 37 onderzochte claims gaan over het medisch handelen op de huisartsenpost. De kans op ernstige pathologie is op de HAP groter dan in de dagpraktijk. Uit een calamiteitenanalyse van de HAP bleken 9 van de 107 geanalyseerde calamiteiten betrekking te hebben op de diagnose torsio testis.³

Het niet tijdig stellen van de diagnose torsio testis kan samenhangen met verschillende factoren. De piekincidentie tussen 12 en 18 jaar in onze claimgegevens strookt met wat de NHG-Behandelrichtlijn Acute epididymitis daarover meldt. Bij de patiënten die een claim indienen omdat de diagnose torsio testis gemist is, blijkt echter dat 32% van de mannen ouder is dan 18 jaar. Mogelijk is de diagnose niet tijdig gesteld vanwege de atypische leeftijd.

Daarnaast vertoont een torsio testis niet altijd het kenmerkende beeld met hevige scrotale pijn.⁴ Uit onze claimgegevens bleek dat 43% van de patiënten niet de hevige pijn had zoals omschreven in de behandelrichtlijn. Bij meer dan de helft van

die gevallen hebben we kunnen afleiden dat juist het ontbreken van plotselinge hevige pijn ertoe heeft geleid dat de arts de diagnose gemist heeft.

Ook blijkt zowel uit onze analyses als uit de literatuur dat niet iedere patiënt last heeft van scrotale pijn. De NHG-Standaard Buikpijn bij kinderen (2012) beveelt bij onderzoek van de buik ook onderzoek van de testes aan. Uit de claimgegevens blijkt dat dat niet altijd gebeurt. Het is onduidelijk of onderzoek van de testes in deze gevallen aanwijzingen voor het bestaan van een torsio testis zou hebben opgeleverd.

Bij iets meer dan de helft van de ingediende claims rond torsio testis heeft de arts de diagnose epididymitis/orchitis gesteld. In 58% van de gevallen was de patiënt jonger dan 18 jaar, terwijl epididymitis in deze leeftijdscategorie niet vaak voorkomt.⁵ De NHG-Behandelrichtlijn Acute epididymitis bij volwassenen raadt aan om bij iedere patiënt aanvullend onderzoek te verrichten om een urineweginfectie aan te tonen of uit te sluiten. Ook beveelt deze aan om bij seksueel actieve patiënten een soa uit te sluiten, tenzij een andere diagnose op voorhand waarschijnlijker lijkt. Bij ongeveer de helft van de patiënten bij wie de diagnose epididymitis/orchitis is gesteld, heeft de arts geen aanvullend onderzoek gedaan om de diagnose te ondersteunen.

Uit de claimgegevens bleek dat enkele patiënten (8%) pijn en/of zwelling van het scrotum na een recent trauma hadden. Volgens de literatuur is de incidentie van een traumageïnduceerde torsio testis 4-8%.⁶ Het is aannemelijk dat het onderscheid in de praktijk zeer lastig te maken is.

Volgens de behandelrichtlijn moet de huisarts patiënten < 18 jaar met (sub)acut ontstane eenzijdige klachten in het scrotum naar een uroloog verwijzen. De claimgegevens laten zien dat er bij de 16 jongens < 18 jaar die scrotale klachten hadden weliswaar 5 maal overleg met een specialist plaatsvond, maar dat dit niet in een verwijzing resulteerde. Overleg met een specialist blijkt dus geen garantie voor een verwijzing.

Ons onderzoek kent een aantal beperkingen. Het gaat hier om dossieronderzoek met een klein aantal patiënten die bij 1 verzekeraar een claim hebben ingediend vanwege het missen van de diagnose torsio testis. Aannemelijk is dat niet alle patiënten bij wie een torsio testis is gemist, een claim indienen. Hoe vaak de diagnose wordt gemist, is niet duidelijk. Of deze verschillende groepen op klinische gronden vergelijkbaar zijn, is ons niet bekend. Voorzichtigheid is daarom geboden bij het extrapoleren van deze inzichten naar de gehele groep patiënten met een torsio testis. Toch hopen we met dit onderzoek meer inzicht te hebben gegeven in de factoren die bijdragen aan het missen van de diagnose torsio testis.

CONCLUSIE

De aandoening torsio testis is ondergebracht in de NHG-Behandelrichtlijn Acute epididymitis bij volwassenen. Uit onze analyses blijkt dat de torsio testis zich niet altijd presenteert volgens een typisch patroon met hevige pijn, zoals onder meer de behandelrichtlijn beschrijft. Verder staat in de richtlijn het advies om patiënten < 18 jaar met eenzijdige (sub)acute scro-

tale klachten te verwijzen naar de uroloog. Uit onze analyse blijkt dat er in een aantal gevallen wel wordt overlegd met een specialist, maar dat dit niet resulteert in een verwijzing. ■

LITERATUUR

1. Keurlings P, Baas D, Somford D. Intermitterende torsio testis: verdraaid belangrijk om te (h)erkennen. *Huisarts Wet* 2020;63:10.1007/s12445-020-0590-0.
2. Zwanenburg A, Van Staaï B. Denk bij buikpijn aan torsio testis. *Huisarts Wet* 2015;11:617.
3. InEen. Leren van de top zes oorzaken van calamiteiten. Utrecht: InEen, 2020.
4. Pogorelic Z, Mrklíć I, Jurić I. Do not forget to include testicular torsion in differential diagnosis of lower acute abdominal pain in young males. *J Pediatr Urol* 2013;9:1161-5.
5. Van der Linden MW, GP Westert, De Bakker DH, FG Schellevis. 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.
6. Joo Seng Y, Moissinac K. Trauma induced testicular torsion: a reminder for the unwary. *J Accid Emerg Med* 2000;17:381-2.

Oosterop-Huismans HK, Klomp MA, Eikens-Jansen MP, Olijhoek JK. Gemiste diagnose: het valt niet terug te draaien. *Huisarts Wet* 2022;65:DOI:10.1007/s12445-022-1559-y.
VvAA Groep bv, Utrecht: H.K. Oosterop-Huismans, huisarts; M.A. Klomp, huisarts n.p.; M.P. Eikens-Jansen, data scientist; dr. J.K. Olijhoek, internist-vasculair geneeskundige, jobien.olijhoek@vvaa.nl.
Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.