

Diagnostiek en behandeling van epididymitis in de huisartspraktijk

Verslag van een Huisartsgeneeskundige Conferentie

Ch.P.M. VERHOEFF
E.H. VAN DE LISDONK
A.L.M. LAGRO-JANSSEN

Verhoeff ChPM, Van de Lisdonk EH, Lagro-Janssen ALM. Diagnostiek en behandeling van epididymitis in de huisartspraktijk. Verslag van een Huisartsgeneeskundige Conferentie. Huisarts Wet 1993; 36(10): 338-41.

Samenvatting Epididymitis is voor huisarts een vrij zeldzame aandoening, gekenmerkt door het subacute ontstaan van pijn in het scrotum, zwelling van de epididymis en algemene verschijnselen. De diagnose kan bijna altijd door de huisarts gesteld worden. Torsio testis is de belangrijkste differentiële diagnose. Wanneer aan de mogelijkheid van een SOA gedacht wordt, heeft behandeling met doxycycline de voorkeur. In andere gevallen kan behandeld worden als bij een gecompliceerde urineweg-infectie. Complicaties zijn zeldzaam.

Vakgroep Huisarts-, Sociale en Verpleeghuis-geneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, Verlengde Groenestraat 75, 6525 EJ Nijmegen.
Correspondentie: Ch.P.M.Verhoeff.

Deelnemers aan deze Huisartsgeneeskundige conferenties waren: P. Baselier, C. Erdman, J. Hoevenaars, G. Rutten, J. Schellekens, F. Huygen, A. Lagro-Janssen, W. van den Bosch, A. Busser, P. Giesen, E. van de Lisdonk, C. Verhoeff, J. Weijtens, P. vd Hombergh, S. Zijlstra en M.-J. Metz, allen huisarts.

Inleiding

De epididymis is een buisvormige structuur met een totale lengte van 6 tot 8 meter. Het Nederlandse woord voor epididymis, 'bijbal', kan de suggestie wekken dat het om een balvormige structuur gaat; letterlijk is echter bedoeld 'bij de bal' (Grieks: επιδιδυμοι, 'epi' 'erop' en 'didymoi' 'testis'). Epididymis en testis vormen functioneel één geheel, vergelijkbaar met de adnexa van de vrouw. De functie van de epididymis is opslag van spermatozoën. In het middelste gedeelte van de epididymis vindt via secretie- en absorptieprocessen de uitrijping van de spermatozoën plaats, een essentieel onderdeel voor het verkrijgen van fertiliteit en actieve motiliteit.

Ontstekingen in dit gebied worden gekenmerkt door drie bijzonderheden: meestal is er tegelijkertijd sprake van een urineweginfectie, de behandeling is lang niet altijd succesvol, waardoor vaak een recidief volgt, en de ontsteking kan consequenties hebben voor de fertiliteit.

Wij bespraken diagnostiek en therapie bij epididymitis aan de hand van de volgende vraagstelling:

- Welke anamnestiche en onderzoeksgegevens zijn voor de huisarts van belang bij het stellen van de diagnose epididymitis?
- Met welke micro-organismen moet de huisarts rekening houden?
- Welke richtlijnen zijn te geven voor behandeling en beleid?

Literatuur

Voor het literatuuronderzoek werd allereerst gebruik gemaakt van de eigen urologische en chirurgische leerboeken, en een selectie uit de internationale urologische literatuur, gemaakt in samenwerking met W.B.J. Berkhoff, uroloog te Lelystad. Daarnaast werden de laatste twintig jaargangen van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (trefwoord 'epididymis') en de laatste twaalf jaargangen van *Huisarts en Wetenschap* (trefwoord 'urologie') geraadpleegd via de respectieve indexen. Tenslotte werd een search verricht in de bestanden van Medline (laatste

vijf jaar) en Famli (laatste tien jaar), waarbij we ons beperkt hebben tot het trefwoord 'epididymitis'.

De literatuurlijst die dit heeft opgeleverd, bestaat uit 59 publikaties – leerboeken, klinische lessen, casuïstische mededelingen en onderzoeksverslagen; hiervan stamt alleen het proefschrift van *Wigersma* uit de huisartspraktijk.¹ Slechts bij één van de overige onderzoeken zijn de deelnemers gerecrueteerd uit de huisartspraktijk.² Enkele andere onderzoeken zijn uitgevoerd in poliklinieken voor venerische infecties, waar de onderzoekspopulatie tot op zekere hoogte te vergelijken is met de populatie van de Nederlandse huisartspraktijk.

Met name de therapeutische adviezen vertonen de 'couleur locale' van het land van herkomst; wij hebben hierbij de Nederlandse opvattingen gevolgd.

Anamnese en lichamelijk onderzoek

In het klassieke geval van een patiënt met epididymitis meldt de patiënt zich met subacuut ontstane pijn in het scrotum, gepaard gaande met lokale zwelling en algemene verschijnselen als koorts, koude rillingen, misselijkheid en aanwijzingen voor urinewegproblematiek.³⁻⁶

Bij het lichamelijk onderzoek valt de pijnlijkheid van de scrotuminhoud op. Het hoog leggen van de testis doet de pijnklachten verminderen (bij torsio testis juist toenemen – symptoom van Prehn).

De differentiële diagnose van een pijnlijk verdikt scrotum bestaat uit torsio testis, orchitis, (beklemde) breuk, epididymitis, trauma, tumor en torsie van de appendix testis. Andere afwijkingen in het scrotum, zoals een hydrocèle, een varicocele of een spermatocele, gaan normaliter niet gepaard met pijnklachten. Ook een testistumor manifesteert zich gewoonlijk als een pijnloze verdikking in het scrotum.

Voor de differentiatie is de leeftijd een belangrijke aanwijzing. Bij jongetjes en pubers met een pijnlijk scrotum wordt het eerst gedacht aan torsio testis. Daarbij is het ontstaan acuter dan bij epididymitis, terwijl de pijnklachten heftiger zijn en ge-

paard gaan met misselijkheid en braken. In een kwart van de gevallen gaat het echter om een epididymitis;⁷ ook in dat geval wordt aanbevolen het kind te verwijzen vanwege de grote kans (geschat op 20 procent) dat de ontsteking wordt veroorzaakt door een obstructie in de urinewegen.⁸ Een torsio komt slechts zelden voor in de leeftijdsgroep >21 jaar.⁹ In dat geval wordt de diagnose overigens bij slechts 38 procent van de patiënten op tijd gesteld.¹⁰

In de literatuur wordt gewaarschuwd dat zowel epididymitis als torsio testis het eerste teken kunnen zijn van een maligniteit.⁵ Per jaar worden in Nederland echter slechts 200 nieuwe testistumoren gevonden; dat betekent één testistumor per 30 jaar in een bovenmodale huisartspraktijk.¹¹ Een tumor kan overigens zeer betrouwbaar worden opgespoord door middel van scrotale echografie. Bij het maken van onderscheid tussen een infectie en een torsio testis is echografie echter veel minder betrouwbaar.¹²⁻¹⁴ Chirurgische exploratie zal dan ook geregeld nodig zijn om een torsio testis uit te sluiten.

Niet duidelijk is, in hoeverre de ontsteking beperkt blijft tot de epididymis. In 35 procent van de gevallen zou er een begeleidende orchitis zijn.¹⁵ In een ander, overigens klein onderzoek werden bij transrectale echografie bij 75 procent van de patiënten veranderingen in de prostaat waargenomen.¹⁶ Ook werd met echografie aangetoond dat de vesicula seminalis aan dezelfde kant als de epididymitis in 75 procent van de gevallen vergroot is.¹⁷

Verwekkers

Epididymitis wordt beschouwd als een opstijgende infectie als gevolg van cystitis, prostatitis, urethritis, pyelitis, instrumentatie (vasectomie, catheterisatie of cystoscopie), of, bij kinderen, een anatomische afwijking van de urinewegen. Ook een hematogene of lymfogene verspreiding wordt aangegeven, bijvoorbeeld bij tuberculose en het optreden van epididymitis jaren na een vasectomie.^{5,8,18-21}

De verwekkers zijn vooral de bekende verwekkers van urineweginfecties.^{16,18,22}

Kweken geven in hoofdzaak *E. Coli* te zien, en verder streptococcus faecalis, *Ureaplasma urealyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*. Met de toegenomen betrouwbaarheid van de tests is het aantal negatieve kweken verminderd, vooral ten gunste van de *Chlamydia trachomatis*. Het aantomen van een infectie met *Chlamydia* berustte overigens niet alleen op positieve urethra-kweken; er werden ook serologische bepalingen verricht naar een stijging van IgG *Chlamydia* antilichaamtiters. Daarnaast werden puncties van de epididymis verricht ten behoeve van kweekonderzoek.

Chlamydia trachomatis is een intracellulair groeiend micro-organisme, dat wordt overgedragen via seksueel contact. Op dit moment is het de meest voorkomende seksueel overdraagbare aandoening. *Chlamydia* treft dan ook vooral patiënten van 16-45 jaar met wisselende seksuele contacten; bij hen wordt *Chlamydia* in 30 procent tot 60 procent van de epididymitis-gevallen gevonden. Overigens loopt het percentage negatieve kweken (kweken waarin geen infectieus agens aantoonbaar is) uiteen van 17 procent tot 50 procent.^{2,23,24}

Beneden de 16 jaar en boven de 45 jaar zijn het voornamelijk de gewone verwekkers van urineweginfecties die het beeld bepalen. In dat geval kunnen de richtlijnen van de NHG-standaard Urineweginfecties worden gevolgd bij de keuze van een antibioticum.

Beleid

Bij mannen van 16-45 jaar gaat de voorkeur uit naar een behandeling met doxycycline (2 dd 100 mg gedurende 7 dagen). Indien doxycycline gecontraïndiceerd is, kan erythromycine (4 dd 500 mg gedurende 7 dagen) worden voorgeschreven, hoewel dit middel minder effectief is. Resistentie voor doxycycline bij *Chlamydia* is nog niet aangetoond. Bij erythromycine zijn bij mannen met urethritis hoge *failure rates* beschreven, tot 37 procent. Onderzoek naar alternatieven vindt nog plaats.²⁵

De verschillende klinieken hebben elk hun eigen beleidslijnen ten aanzien van

kweekonderzoeken en eventuele partnercontrole. *Wigersma* stelt voor bij verdenking op SOA de bekende kweken naar SOA-aandoeningen af te nemen en de seksuele partner mee te behandelen, 'indien aannemelijk is, dat deze besmet is'.¹

Naast de behandeling met antibiotica worden zo nodig ondersteunende maatregelen getroffen, zoals bedrust, hoog leggen van het scrotum en het dragen van een suspensoir. In vroeger tijden adviseerde men een ontlastende punctie van de gezwollen epididymis.

Als complicaties worden genoemd: abcedering, necrotisering, infertiliteit en het ontstaan van recidieven. De frequentie hiervan bleek echter niet goed achterhaalbaar. Infertiliteit c.q. azoöspermie als gevolg van epididymitis zal in principe alleen kunnen optreden na een dubbelzijdige infectie. Azoöspermie ten gevolge van obstructie wordt in ongeveer een derde van de gevallen veroorzaakt door een epididymitis.²⁶

Beschouwing

Op grond van de literatuur en onze discussies hebben wij de vraagstellingen als volgt beantwoord.

- Bij de anamnese bij pijn in het scrotum komen aan de orde:
 - leeftijd van de patiënt;
 - de snelheid van het ontstaan van de klachten;
 - urinewegproblematiek (mictieklachten, ecoulement, kans op SOA, eventuele instrumentatie van de urinewegen);
 - algemene verschijnselen (koorts, malaise, misselijkheid, braken);
 - lokale afwijkingen (al dan niet van oudere datum);
 - recent trauma;
 - virale infecten (parotitis).

Dikwijls komt de patiënt niet in het eerste stadium en is het onmogelijk om epididymis en testis afzonderlijk te palperen. De meeste deelnemers onderzoeken de urine, met name het sediment. Sommigen nemen bovendien een urethra-kweek af (banaal, gonorrhoe en *Chlamydia*), wat een goede beleidslijn lijkt bij patiënten die mogelijk een SOA hebben. De afwezigheid van uri-

ne-afwijkingen sluit evenwel een epididymitis niet uit. Bloedonderzoek werd niet zinnig geacht.

- De verwekkers zijn bij mannen beneden de 16 jaar en ouder dan 45 jaar de bekende verwekkers van urineweginfecties. In de leeftijdsgroep 16-45 jaar wordt in toenemende mate *Chlamydia trachomatis* aangetoond. 'Epididymitis erotica', op basis van congestie van de mannelijke genitalia, lijkt een verouderd concept.

- Een kind met een pijnlijke zwelling in het scrotum heeft een torsio testis tot het tegendeel bewezen is. Verwijzing zal derhalve vaak (?) plaatsvinden; geen van de deelnemers had ervaring met het manueel detorseren van een torsio testis.

De behandeling is afhankelijk van de vermoedelijke verwekker. Voor kinderen tot 12 jaar wordt de voorkeur gegeven aan een 7-daagse behandeling met trimetoprim (6-9 mg/kg/24 uur in 2 doses) of amoxicilline (25 mg/kg/24 uur in 3 doses). Bij jongens van 12-16 jaar en mannen boven de 45 jaar is 14 dagen lang trimetoprim (1 dd 300 mg) de eerste keus. Het Nijmeegs Formularium Geneesmiddelen adviseert voor acute epididymitis als eerste keus ciprofloxacin 500 mg, 2 dd 1, gedurende 14 dagen. Dit advies is ondermeer gebaseerd op het feit dat de resistentie van *E. coli* tegen trimetoprim – volgens nog niet gepubliceerd onderzoek – thans 20 procent zou bedragen. Deze behandeling heeft echter forse financiële consequenties (een kuur ciprofloxacin kost zeven maal zoveel als een kuur trimetoprim en de tabletten van 500 mg moeten bijbetaald worden), terwijl de wetenschappelijke onderbouwing van het advies vooralsnog zwak is.

Bij mannen van 16-45 jaar heeft doxycycline (2 dd 100 mg) gedurende 7 dagen de voorkeur. Bij een contraïndicatie voor doxycycline is erythromycine (4 dd 500 mg 7 dagen) tweede keus. Resistentie voor doxycycline is nog niet aangetoond.

Indien *Chlamydia* is aangetoond en behandeld moet worden met erythromycine, is een controleweek aan te raden. Bij gebruik van doxycycline is dit niet nodig. De leeftijdscriteria dienen overigens soepel te worden gehanteerd; belangrijker is

de kans op een seksueel overdraagbare aandoening.

Wanneer er kans op een SOA bestaat, dient de partner blind (dus zonder het resultaat van een *Chlamydia*-onderzoek af te wachten) meebehandeld te worden, met name bij kinderswens.

Als ondersteunende handeling bij epididymitis kan bedrust, hoog leggen van het scrotum (suspensoir) geadviseerd worden.

Over het algemeen verdwijnen de algemene ziekteverschijnselen in twee tot drie dagen, terwijl de lokale verschijnselen soms lang blijven bestaan (4-6 weken). Dat geldt met name voor de zwelling.

De meeste deelnemers laten de patiënt terugkomen na het beëindigen van de kuur, of eerder, indien de behandeling niet het verwachte effect heeft. Bij kinderen moet de urine gecontroleerd worden.

Complicaties werden door de deelnemers zelden gezien, en dan ging het altijd om een recidief-infectie. Twee deelnemers meldden een epididymectomie wegens continu recidiverende epididymitis.

Dankbetuiging

Met dank aan W.B.J. Berkhoff, uroloog aan de IJsselmeerziekenhuizen te Lelystad en Emmeloord voor zijn hulp bij de literatuurselectie en het kritisch doorlezen van het manuscript.

Literatuur

- 1 Wigersma L. Huisartsgeneeskundig handelen bij klachten over de geslachtsorganen en de seksualiteit. Lelystad: Meditekst, 1990.
- 2 Pearson RC, Baumber CD, McGhie D. The relevance of *Chlamydia trachomatis* in acute epididymitis in young men. *Br J Urol* 1988; 62: 72-5.
- 3 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, et al., red. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990.
- 4 Klok PAA. Chirurgie overzicht voor de praktijk. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1976.
- 5 Ten Cate HW. Acute epididymitis. *Ned Tijdschr Geneesk* 1973; 117: 1181-8.
- 6 Hendriks AJM, De Vries JDM, Debruyne FMJ. Differentiële diagnostiek en therapie bij acute aandoeningen van het scrotum. *Ned Tijdschr Geneesk* 1988; 132: 1142-5.

- 7 Festen C. Het 'acute scrotum' bij kinderen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1987; 131: 1465-7.
- 8 Siegel A, Snyder H, Duckett JW. Epididymitis in infants and boys: underlying urogenital anomalies and efficacy of imaging modalities. *J Urol* 1987; 138: 1100-3.
- 9 Lee LM, Wright JE, McLoughlin MG. Testicular torsion in the adult. *J Urol* 1983; 130: 93.
- 10 Witherington R, Jarrell TS. Torsion of the spermatic cord in adults. *J Urol* 1990; 143: 62-3.
- 11 Zwaveling A, Bosman FT, Van der Velde CJH, Wagener DJTh. Oncologie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1991.
- 12 Howe D, Foster ME, Gateley C, et al. Clinical value of scrotal ultrasound in the investigation of scrotal pathology. *Br J Urol* 1988; 62: 263-6.
- 13 Haller J, Gritzmann N, Sommer G, et al. Sonographie des Skrotalinhaltes. *Urologe A* 1987; 26: 343-8.
- 14 London NJM, Smart JG, Kinder RB, et al. Prospective Study of Routine Scrotal Ultrasonography in Urological Practice. *Br J Urol* 1989; 63: 416-9.
- 15 Schwerk WB, Schwerk WN, Güttler I. Sonographische Verlaufsuntersuchungen bei akuter epididymitis. *Urologe B* 1989; 29: 100-5.
- 16 Doble A, Taylor-Robinson D, Thomas BJ, et al. Acute epididymitis: a microbiological and ultrasonographic study. *Br J Urol* 1989; 63, 90-4.
- 17 Krishnan R, Heal MR. Study of the seminal vesicles in acute epididymitis. *Br J Urol* 1991; 67: 632-7.
- 18 Melekos MD, Asbach HW. Epididymitis: aspects concerning etiology and treatment. *J Urol* 1987; 138: 83-6.
- 19 Ten Cate HW. Urologische Capita Selecta (Nederlandse Bibliotheek der geneeskunde deel 29). Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1968.
- 20 Robijns BJL, Baart de la Faille H. Tuberculeuze epididymitis. *Ned Tijdschr Geneesk* 1987; 131: 469.
- 21 Harnisch JP. Etiology of acute epididymitis. *Lancet* 1977; 16: 819-21.
- 22 Sorbie J. Chlamydial infection: a common sexually transmitted disease. *Can Fam Phys* 1982; 28: 2185-90.
- 23 Grant JBF, Costello CB, Sequeira P. The role of *Chlamydia trachomatis* in epididymitis. *Br J Urol* 1987; 60: 355-9.
- 24 Schachter J. Sexually transmitted *Chlamydia trachomatis* infection. *Postgrad Med* 1982; 72: 60-9.

- 25 Anonymous. Chlamydial infections: therapeutic options [Editorial]. *Lancet* 1992; 339: 711-3.
- 26 Van Balen FAM, Baselier PJAM, Van Pienbroek E, Winkens RAG. NHG-standaard urineweginfecties. *Huisarts Wet* 1989; 32: 439-43.

Abstract

Verhoeff ChPM, Van de Lisdonk EH, Lagro-Janssen ALM. Diagnostics and treatment of epididymitis in general practice. *Huisarts Wet* 1993; 36(10): 338-41.

In general practice, 1-2 cases of epididymitis are diagnosed per 1000 men per year. Epididymitis is characterised by subacute pain in the scrotum, swelling of the epididymis and general symptoms. As a rule, the disease is diagnosed by the general practitioner. Torsio testis is

the most important diagnostic alternative to be considered. Recent developments regarding sexually transmitted diseases, especially the increase of *Chlamydia trachomatis* infections, influence the treatment advice. If sexually transmitted diseases possibly play a role, treatment with doxycycline is advised. In other cases, epididymitis can be treated as a complicated urinary tract infection. In general, complications of epididymitis are rare.

Key words Epididymitis; Family practice.