

Multidisciplinaire richtlijn niet-scrotale testis

Een niet-scrotale testikel (NST) is een aandoening waarvoor de huisarts incidenteel wordt geconsulteerd. Volgens cijfers van de tweede Nationale Studie was de incidentie van cryptorchisme 0,4 : 1000.¹ Dit betrof zuigelingen, maar ook peuters en oudere kinderen. Jeugdartsen worden vaker met het probleem geconfronteerd omdat zij er systematisch naar zoeken tijdens bezoeken van het kind aan het consultatiebureau. Afhankelijk van regionale afspraken verwijzen zij dan naar de huisarts of rechtstreeks naar de tweede lijn ((kinder)uroloog, chirurg of kinderarts).

Epidemiologische onderzoeken laten een NST-percentage van rond de 1% zien bij pasgeborenen.² In Nederland werden in 2012 90.000 jongetjes geboren, wat betekent dat er ongeveer 900 gevallen van aangeboren NST per jaar zullen zijn.³ In de jaren tachtig van de vorige eeuw werd geconstateerd dat het aantal operaties voor NST veel hoger is dan je zou verwachten op basis van bovenstaand aantal. Dit leidde tot een consensusrichtlijn van het CBO en invoering van de testisregistratie bij pasgeborenen (de 'ballenkaart'). Twintig jaar later bleek het aantal orchidopexieën echter onverminderd hoog, met name door controverses over nut en noodzaak van operatief ingrijpen bij verworven vormen van NST. Om deze reden is in 2012 een multidisciplinaire richtlijn 'Signalering van en verwijzing bij niet-scrotale testis' opgesteld (zie ook nascholing in dit nummer: Huisarts Wet 2014;57:84-7). Zal het aantal onnodige orchidopexieën afnemen met het uitbrengen van deze richtlijn? Voor een antwoord op die vraag bespreken we de twee belangrijkste problemen rond de NST: het stellen van de juiste diagnose en het stellen van de indicatie voor orchidopexie en het tijdstip van opereren.

DE JUISTE DIAGNOSE

Er zijn verschillende vormen van NST. De *aangeboren vorm* wordt kort na geboorte vastgesteld. De cremasterreflex is dan nog afwezig en retractiliteit van de testis kan dan niet de oorzaak zijn van het niet aantreffen van de testis in het scrotum. Spontane indaling van de aangeboren NST vindt in 73% van de gevallen plaats in de eerste half jaar na de geboorte. Tot die tijd kan dus afgewacht worden.

De diagnostiek van de *retractiele testis* is lastiger: ooit heeft de testis in het scrotum gelegen maar hij is daaruit verdwenen door een sterke cremasterreflex. Ter voorkoming van onnodige verwijzingen bij deze vorm van NST is adequate registratie van de testisligging kort na de geboorte vereist (in het digitaal dossier van de JGZ, het groeiboek en in de registratie van de verloskundige of kinderarts) en raadpleging hiervan door degene die een kind onderzoekt met de vraag of

er sprake is van een NST. Dat dit niet altijd gebeurt, is een van de oorzaken van onnodig operatief ingrijpen.

De moeilijkste categorie is die van de *verworven NST*: de testis is aanvankelijk wel in het scrotum gelegen, maar is daar vanaf de leeftijd van 4 à 5 jaar niet meer stabiel in te brengen. De diagnose wordt te weinig gesteld vanwege onbekendheid met het verschijnsel. Bij constateren van een NST op kindereleeftijd wordt niet altijd gevraagd naar de testisligging in de eerste levensjaren en wordt ervan uitgegaan dat het om een aangeboren vorm gaat. Het niet onderkennen van een verworven NST is waarschijnlijk de hoofdoorzaak van de discrepantie tussen verwacht en geobserveerd aantal orchidopexieën in Nederland.⁴ Driekwart van de verworven NST daalt spontaan in bij het begin van de puberteit.⁵

De diagnostiek vereist dus de nodige zorgvuldigheid en de testisligging moet goed geregistreerd worden. In de richtlijn staat uitvoerig beschreven hoe het onderzoek bij vermoeden van een NST moet worden uitgevoerd en dat herhaling van het onderzoek bij twijfel zinvol is. Het onderscheiden van de verschillende vormen van NST zou met de nieuwe richtlijn kunnen verbeteren.

INDICATIE VOOR ORCHIDOPEXIE

Het voorkómen van schade aan de testis door een langdurige abdominale ligging, met als mogelijke gevolgen een verminderde fertiliteit en verhoogde kans op testistumoren, is reden om een NST te opereren. Alleen bij aangeboren bilaterale NST heeft opereren een sterk positief effect op de fertiliteit, bij een aangeboren unilaterale NST of verworven NST is de invloed van orchidopexie op vruchtbaarheid onzeker. Hetzelfde geldt voor het tijdstip van opereren.

Bij de *aangeboren NST* was de aanbeveling lange tijd om te opereren in het tweede levensjaar. Omdat na 6 maanden spontane indaling weinig meer voorkomt en de prognose voor het aantal geslachtscellen en herstelgroei van de testis bij vroeger opereren beter lijkt, is het advies momenteel om tussen de 6 en 12 maanden een orchidopexie te verrichten.⁶ Overigens zijn er geen langetermijngegevens over fertiliteit beschikbaar die dit vroege tijdstip van opereren onderbouwen. Onlangs werden de resultaten gepubliceerd van een onderzoek waarin gemiddeld 25 jaar na een operatie vanwege aangeboren NST gekeken werd naar vruchtbaarheid. De onderzoekers konden geen verband vaststellen tussen fertiliteitsparameters en de leeftijd waarop de orchidopexie plaatsvond.⁷

Bij *verworven* vormen van NST concluderen sommige auteurs op basis van de schaarse langetermijngegevens dat een orchidopexie niet leidt tot verbeterde fertiliteit. Er zijn wel enkele aanwijzingen voor het achterblijven in groei van een NST die na het tweede jaar geopereerd wordt, maar onduidelijk is of dit van invloed is op de kwaliteit van het sperma.⁵

Zowel een aangeboren als verworven NST kent een groter

risico maligne te ontaarden vergeleken met een spontaan ingedaalde testis. Het risico op ontwikkeling van een testiscarcinoom in de niet ingedaalde testikel is echter niet significant kleiner als geopereerd wordt na ontdekking, vergeleken met een operatie aan het begin van de puberteit, als de testis dus de gelegenheid heeft gehad om alsnog spontaan in te dalen.⁸ Dat wil zeggen: de kansen op een testistumor zijn wel groter bij een niet spontaan indalende testis, maar die kans wordt niet beïnvloed door vroeg opereren, dus vóór de puberteit. Opereren na het begin van de puberteit geeft wel een verhoogd risico op testismaligniteit. De conclusie ligt daarom voor de hand dat we bij een verworven NST kunnen wachten met opereren tot het begin van de puberteit.

WAT ZEGT DE NIEUWE RICHTLIJN?

De opstellers hebben een beslissingsanalyse uitgevoerd waarin naast kansen op fertiliteit, testistumoren en operatierisico's de kwaliteit van leven van de patiënt met een NST is meegewogen. Het belang dat ouders en kind hechten aan een normaal scrotumaspect (met twee testikels in het scrotum), wordt meegenomen in het gesprek met ouders en kind over wel of niet opereren. Dit 'cosmetische argument' is dan de belangrijkste reden om te opereren voordat de puberteit is bereikt. De richtlijn stelt voor dit gesprek te laten voeren door de huisarts of door de kinderarts/chirurg/uroloog, afhankelijk van lokale afspraken. Wordt gekozen voor afwachten, dan is de aanbeveling regelmatig controles af te spreken tot het begin van de puberteit. Dit is een helder beleid en het lijkt winst dat ook het patiëntenperspectief wordt meegenomen in de besluitvorming.

Echter: na een expertbijeenkomst in 2012 zijn er in de

richtlijn ook weer andere argumenten opgenomen om te opereren bij aangeboren en verworven unilaterale NST: 'De testikel is een reserveorgaan en heeft mogelijk herstelpotentie' en: 'De niet-ingedaalde testikel kan klachten geven in het liesgebied (pijn en risico op torsio testis).' Deze argumenten zijn grotendeels gebaseerd op consensus en ervaring en niet op onderzoeksgegevens. Daardoor blijft er ook in deze richtlijn helaas ruimte voor diversiteit in beleid en is de vraag of het beoogde doel, het aanzienlijk terugbrengen van het aantal onnodige orchidopexieën, nu wel bereikt zal worden. ■

LITERATUUR

- 1 Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker D, Schellevis F. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2004.
- 2 Penson DF, Krishnaswami S, Jules A, Seroogy JC, McPheeters ML. Evaluation and Treatment of Cryptorchidism. Comparative Effectiveness Review No. 88, 2012; www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.
- 3 Centraal Bureau voor de Statistiek. <http://statline.cbs.nl>.
- 4 Hack WWM, Sijstermans K, Van der Voort-Doedens LM, Meijer RW, Heij HA, Delemarre-van de Waal HA, et al. De niet-scrotale testis: huidige inzichten en advies voor behandeling. Ned Tijdschr Geneesk 2008;152:246-52.
- 5 Hack WWM, Van der Voort-Doedens LM, Goede J, van Dijk JM, Meijer RW, Sijstermans K. Natural history and long-term testicular growth of acquired undescended testis after spontaneous descent or pubertal orchidopexy. BJUI 2010;106:1052-9.
- 6 Van der Horst HJR, De Gier RPE, De Jong TPVM, Van den Hoek J, Callewaert PRH, Feitz WFJ. De niet-scrotale testis: argumenten vóór vroeg behandelen, mits retractiele testis en verworven niet-scrotale testis zijn uitgesloten. Ned Tijdschr Geneesk 2008;152:253-8.
- 7 Van Brakel J, Kranse R, De Muinck Keizer-Schrama SM, Hendriks AE, De Jong FH, Bangma CH, et al. Fertility potential in men with a history of congenital undescended testes: a long-term follow-up study. Andrology 2013;1:100-8.
- 8 Pettersson A, Richiardi L, Nordenskjold A, Kaijser M, Akre O. Age at surgery for undescended testis and risk of testicular cancer. N Engl J Med 2007;356:1835-41.

Klinische lessen voor H&W gevraagd

Klinische lessen in H&W zijn een door lezers hooggevalueerde rubriek. Aan de hand van één of twee patiëntencasussen wordt aandacht gevraagd voor een opmerkelijk diagnostisch traject, klinisch beloop of een medisch basisprincipe. Deze rubriek biedt de schrijver de mogelijkheid een ervaring te delen en de lezers de mogelijkheid te leren van wat een collegahuisarts heeft meegemaakt. Omdat de rubriek zo nauw aansluit bij de dagelijkse

praktijk willen wij u aanmoedigen uw praktijkervaring door middel van een klinische les met de lezers van H&W te delen.

Als u een casus voor ogen heeft, bedenk dan eerst waar deze het best past: in de rubriek klinische les of casuïstiek. Een klinische les draait, anders dan de rubriek casuïstiek, niet om een pure beschrijving van een ziektebeeld maar om de lering die collegahuisartsen kunnen trekken uit de gepresenteerde casus. De patiëntencasus beschrijft stapsgewijs, vanaf de eerste presentatie door de patiënt, de

gedachten van de huisarts gedurende het diagnostisch proces. De beschreven casussen dienen ter illustratie van een boodschap, die u elders in het artikel met feiten verantwoordt.

Overweegt u een klinische les te schrijven? Kijk dan op onze website voor de auteursinstructies (<http://www.henw.org/voorauteurs>) Bij vragen kunt u contact opnemen met hoofdredacteur Just Eekhof (j.eekhof@nhg.org of 030-2823500). ■

Just Eekhof