



nederlands huisartsen  
genootschap

## NHG-Behandelrichtlijn *Acute epididymitis bij volwassenen*

Verlee L, Bouma M

### Kernboodschappen

- Epididymitis ontstaat meestal door een secundaire infectie bij een urineweginfectie of soa.
- De belangrijkste differentiaal diagnostische overweging bij acute epididymitis is torsio testis. Het onderscheid tussen beide aandoeningen is moeilijk.
- De medicamenteuze behandeling bij infectieuze epididymitis bestaat uit antibiotica gericht op de meest waarschijnlijke verwekker, en pijnstilling.

### Belangrijkste wijzigingen

- Het testen van de cremasterreflex wordt niet langer aanbevolen als diagnostiek voor de huisarts bij patiënten met acute scrotale klachten.<sup>1</sup>
- Het medicamenteuze beleid is gewijzigd. De voorkeur gaat uit naar een behandeling met chinolonen omdat deze zowel werkzaam zijn bij een epididymitis op basis van een urineweginfectie, als bij een epididymitis op basis van de meest voorkomende soa's.

### Inleiding

De behandelrichtlijn *Acute epididymitis bij volwassenen* geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid van een (sub)acute ontsteking (< 6 weken) van de epididymis bij patiënten van 18 jaar en ouder. Deze behandelrichtlijn is afgestemd met de inhoud van de *Multidisciplinaire Richtlijn Seksueel Overdraagbare Aandoeningen* (in herziening).

De keuze voor de leeftijdsgrens is gemaakt omdat torsio testis, de belangrijkste differentiaal diagnostische overweging bij acute epididymitis, vooral voorkomt bij patiënten onder de 18 jaar.<sup>2</sup> (Sub)acut ontstane eenzijdige klachten in het scrotum bij patiënten onder de 18 jaar vormen aanleiding voor een spoedindicatie voor aanvullende diagnostiek om een torsio testis uit te sluiten. Overleg met en verwijzing naar de uroloog is dan dus noodzakelijk. De richtlijnen hiervoor vallen buiten het bestek van deze behandelrichtlijn.

Ook de diagnostiek en het beleid bij chronische epididymitis ( $\geq 6$  weken klachten) vallen buiten het bestek van de richtlijn; deze patiënten worden verwezen naar de uroloog. De diagnostiek en het beleid bij niet-infectieuze oorzaken vallen eveneens buiten het bestek van deze richtlijn.

## Achtergronden

### *Epidemiologie*

In de huisartsenpraktijk zijn er gemiddeld 3 nieuwe gevallen van epididymitis/orchitis (ICPC-code Y74) per 1000 mannen per jaar.<sup>3</sup>

### *Klinisch beeld en beloop*

Acute epididymitis is een (sub)acuut ontstane ontsteking van de epididymis die korter dan 6 weken bestaat. De belangrijkste symptomen zijn eenzijdige scrotale pijn en zwelling van de epididymis. Bij palpatie is de epididymis dik, vast en zeer gevoelig. In het begin kan de epididymis vaak nog worden afgegrensd van de testis. Als ook de testis ontstoken is (epididymo-orchitis), is dat niet meer mogelijk. Mogelijke bijkomende verschijnselen zijn dysurie (meestal), koorts en algehele malaise. De huid van het scrotum kan warm en glanzend zijn. Complicaties van een epididymitis zijn een abces, een testiculair infarct en chronische induratie van de testis (zelden).

De belangrijkste differentiaal diagnose van acute epididymitis is torsio testis.<sup>2,4</sup> Bij een torsio testis heeft de patiënt meestal last van een acute heftige pijn met vegetatieve verschijnselen. Soms zijn er soortgelijke episodes in de voorgeschiedenis. Bij onderzoek zijn er geen aanwijzingen voor ontsteking. Een langer bestaande torsio testis met oedeem en roodheid van het scrotum kan moeilijk te onderscheiden zijn van epididymitis. Bij torsio testis raakt de testis binnen enkele uren onherstelbaar beschadigd. Om die reden is bij vermoeden van een torsio testis een spoedverwijzing naar de uroloog geïndiceerd. In het ziekenhuis vindt aanvullende diagnostiek plaats, zo nodig gevolgd door een operatie die zo snel mogelijk, maar in elk geval binnen 6 uur na het ontstaan van de klachten wordt uitgevoerd.<sup>5</sup>

### *Etiologie*

Epididymitis ontstaat meestal door een secundaire infectie bij een urineweginfectie of een soa. Risicofactoren voor de verspreiding van pathogene bacteriën door het urogenitale stelsel zijn obstructie van de urinewegen, recente instrumentatie of chirurgie van de urinewegen, katheterisatie of een prostaatbiopsie.<sup>6</sup> De meest voorkomende verwekker is in dat geval een *E. Coli*.

De meest voorkomende soa als oorzaak van een epididymitis is *Chlamydia trachomatis*. Andere soa's zijn *Mycoplasma spp* en *Neisseria gonorrhoeae*.<sup>7</sup> Gonorrhoe als oorzaak komt vooral voor bij mannen met seksueel risicogedrag (zie de NHG-Standaard *Het Soa-consult*).

Tot de niet-infectieuze oorzaken van epididymitis behoren M. Behcet, ziekte van Wegener, polyarthritis nodosa en purpura van Henoch-Schönlein.<sup>8</sup>

Een pijnlijke, gezwollen testis of epididymis na een vasectomie komt meestal niet door een epididymitis maar door een wondinfectie, of hangt samen met post-vasectomie pijn die waarschijnlijk deels berust op stuwning.

## Diagnostiek

### *Kader Spoed bij (sub)acuut ontstane eenzijdige scrotale pijn en zwelling van de epididymis*

Als de huisarts bij de (telefonische) anamnese op grond van de klachten de mogelijkheid van een torsio testis overweegt (acuut ontstane hevige, unilaterale pijn aan de testis, vaak samen met vegetatieve verschijnselen), beoordeelt hij de patiënt binnen een uur (U2) en verwijst hij hem met spoed naar een uroloog.<sup>9</sup>

### *Anamnese*

De anamnese en het lichamelijk onderzoek kunnen meer of minder uitgebreid zijn. Dit is afhankelijk van de klinische toestand van de patiënt – is het noodzakelijk om snel te handelen? – en de differentieel-diagnostische overwegingen.

De huisarts vraagt naar:

- duur en beloop van de klachten; begon de pijn (per) acuut of niet;
- algemene ziekteverschijnselen: koorts, koude rillingen en vegetatieve verschijnselen zoals misselijkheid en braken;
- urethrale afscheiding;
- mictieklachten, zowel passend bij urineweginfectie als bij bemoeilijkte mictie;
- recente instrumentatie of chirurgie van de urinewegen, katheterisatie, prostaatbiopsie;
- seksueel (risico)gedrag (zie NHG-Standaard *Het soa-consult*);
- voorgeschiedenis: afwijkingen aan de urinewegen, urineweginfecties, eerdere episoden met klachten;
- systeemziekten, zoals M. Behcet, brucellosis, ziekte van Wegener, polyarthritis nodosa of purpurea van Henoch-Schönlein;
- vaccinatie tegen de bof (BMR), klachten passend bij de bof (parotitis) bij vermoeden van bof-orchitis.

### *Lichamelijk onderzoek*

- Beoordeel de mate van ziekzijn van de patiënt.
- Meet de temperatuur.
- Inspecteer de schacht van de penis, de glans van de penis en de meatus urethrae.
- Is er afscheiding? Zo ja: is deze purulent of helder? Laat bij ontbreken van afscheiding de urethra leegstrijken: komt er afscheiding uit de meatus?
- Inspecteer het scrotum, liefst in staande houding: symmetrie scrotum, huid (erytheem).
- Palpeer het scrotum en de testes (ligging, grootte, mate van zwelling, pijn en symmetrie), onderscheid de epididymis van de testes en beoordeel pijn, mate van zwelling.
- Onderzoek de liezen (zwelling, roodheid, lymfeklieren).

### *Aanvullend onderzoek*

Het aanvullend onderzoek is gericht op het aantonen/uitsluiten van een urineweginfectie of soa.

- Verricht bij elke patiënt een nitriettest en een test op aanwezigheid van leukocyten.
- Verricht bij elke patiënt een banale urinekweek met resistentiebepaling of dipslide (indien positief: opsturen voor resistentiebepaling).<sup>10</sup>
- Overweeg bij elke seksueel actieve patiënt aanvullend onderzoek te verrichten naar chlamydia (PCR van eerste-straalsurine, zie de NHG-Standaard *Het soa-consult*), tenzij een andere diagnose op voorhand meer waarschijnlijk lijkt.
- Verricht tevens onderzoek naar gonorroe bij elke patiënt met een verhoogd risico hierop. Het risico is verhoogd bij seksueel contact met een patiënt met bewezen gonorroe, als de klachten snel optreden na het risicocontact (2 tot 6 dagen), bij seksueel contact met prostituee, bij seksueel contact met mannen, bij klachten van urethrale afscheiding, of als het lichamelijk onderzoek afwijkingen laat zien die op gonorroe kunnen wijzen (purulente afscheiding uit de penis).  
Gonorroe kan worden vastgesteld met PCR van eerste-straalsurine (zie de NHG-Standaard *Het soa-consult*).

### *Evaluatie*

- Stel de diagnose acute epididymitis bij (sub)acuut ontstane, (toenemende) eenzijdige pijn en zwelling van de epididymis, en eventueel gezwollen testis. De positie van de testis is normaal.
- Ga bij twijfel over de oorzaak van de epididymitis voor het beleid uit van een infectieuze oorzaak.
- De diagnose infectieuze epididymitis (meest voorkomend) wordt ondersteund door bijkomende klachten en symptomen zoals koorts, koude rillingen, mictieklachten of afscheiding uit de urethra.

Ook afwijkingen bij urineonderzoek of soa-diagnostiek kunnen bijdragen aan de diagnose. Bij algemene ziekteverschijnselen maakt de huisarts een inschatting van de ernst van de situatie op grond van mate van ziekzijn van de patiënt. Ernstig ziekzijn is reden voor een verwijzing (zie Consultatie/verwijzing).

- Maak bij een *infectieuze epididymitis* op grond van de dan beschikbare gegevens onderscheid tussen:
  - *epididymitis op basis van een urineweginfectie* (waarschijnlijker bij positieve nitriettest, obstructieve mictieklachten en recente instrumentatie van de urinewegen);
  - *epididymitis op basis van een soa* (waarschijnlijker bij mannen met een verhoogd risico op soa en mannen met urethrale afscheiding);
  - *bof-(epididymo-)orchitis*: waarschijnlijk bij testiculaire zwelling 4 tot 7 dagen na een periode met koorts en parotitis en bij bekende gevallen van bof in de omgeving.
- Overweeg de diagnose *niet-infectieuze epididymitis* als de patiënt een systeemziekte heeft waarbij deze klachten kunnen optreden, zoals M. Behcet, ziekte van Wegener, polyartritis nodosa en purpura van Henoch-Schönlein. Het beleid bij deze aandoeningen valt buiten het bestek van deze standaard.

De belangrijkste differentiaal-diagnostische overweging bij een pijnlijk en/of gezwollen scrotum is een torsio testis (acuut ontstane hevige, unilaterale pijn aan de testis, vaak gepaard gaand met vegetatieve verschijnselen en een opgetrokken testis). Andere overwegingen kunnen zijn: testistumor (vaste zwelling in de testis, pijn staat meestal niet op de voorgrond) en hernia inguinalis.<sup>2</sup> Patiënten bij wie de huisarts een torsio testis vermoedt, worden met spoed verwezen (Zie paragraaf Verwijzing).

## Beleid

### Voorlichting

Algemene adviezen:

- Geef informatie over de aandoening en het te verwachten beloop (de klachten nemen af binnen 3 dagen en herstellen volledig na 2-4 weken).
- Mogelijk helpt ondersteunen of hoog leggen van het scrotum (suspensoir of als alternatief een strakke, ondersteunende onderbroek) of lokaal koelen met koude kompressen (of ijsblokjes in een washandje) om de klachten te verlichten.

Bij een (mogelijke) soa:

- Geef informatie over de aandoening, de besmettelijkheid en mogelijke complicaties, de behandeling, het controlebeleid en het testadvies voor partners. Besteed ook aandacht aan veilig vrijen.
- Besteed, eventueel op een later tijdstip, aandacht aan partnerwaarschuwing; geef zo nodig schriftelijk materiaal (waarschuwingstrook) mee of schakel de GGD in. Zie voor meer informatie de NHG-Standaard *Het soa-consult*.

Bij (epididymo-)orchitis als gevolg van de bof:

- De behandeling is conservatief.
- De patiënt kan proberen of de klachten verminderen door het scrotum te ondersteunen, hoog te leggen of lokaal te koelen (zie eerder).
- Raad zo nodig pijnstillende medicatie aan.

Bied voorlichtingsmateriaal aan en verwijs naar de informatie over epididymitis en soa op [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl). De informatie op Thuisarts.nl is gebaseerd op deze NHG-Behandelrichtlijn en de NHG-Standaard *Het soa-consult*.

### *Medicamenteuze behandeling bij infectieuze epididymitis*

Bij een epididymitis is behandeling met een antibioticum geïndiceerd. De voorkeur gaat uit naar een behandeling met chinolonen omdat deze zowel werken bij een epididymitis op basis van een urineweginfectie als bij een epididymitis op basis van de meest voorkomende soa's.<sup>11,12</sup>

- Eerste keus: levofloxacin 1 dd 500 mg tablet, gedurende 14 dagen.
- Tweede keus: ofloxacin 2 dd 400 mg tablet, gedurende 14 dagen.

Geef bij een grote kans op een simultane gonokokkeninfectie tevens een behandeling voor gonorrhoe. Zie de NHG-Standaard *Het soa-consult*, behandeling gonorrhoe.<sup>13</sup>

Overweeg bij een contra-indicatie voor chinolonen:<sup>14</sup>

- Bij een epididymitis waarschijnlijk op basis van een urineweginfectie: cotrimoxazol 2 dd 960 mg tablet, gedurende 14 dagen.
- Bij een epididymitis waarschijnlijk op basis van een soa: doxycycline 2 dd 100 mg tablet, gedurende 14 dagen.

Ook hier wordt in beide gevallen tevens een behandeling gegeven voor gonorrhoe als er een grote kans is op een simultane gonokokkeninfectie.<sup>13</sup>

Schrijf zo nodig pijnstillende medicatie voor, zoals paracetamol of een NSAID (zie NHG-Standaard *Pijn*).

Behandel bij een (mogelijke) soa de partner(s) meteen mee. Zie de NHG-Standaard *Het soa-consult*.

### *Controle*

- Adviseer de patiënt bij toenemend ziekzijn (forse toename pijn, hoge koorts, misselijkheid of braken) direct contact op te nemen met een huisarts.
- Laat de patiënt contact opnemen als er geen verbetering is binnen 72 uur.
- Spreek na één week een controle af om de uitslagen te bespreken. Pas de behandeling zo nodig aan op geleide van de uitslag van de urinekweek en eventuele soa-testen. Zet bij negatieve testuitslagen de behandeling voort, tenzij deze geen verbetering gaf. Heroverweeg in dat geval diagnose en behandeling.
- Test bij een vastgestelde Chlamydia-infectie en/of gonorrhoe ook op overige soa, en laat de partner(s) ook testen en behandelen. Zie NHG-Standaard *Het soa-consult*.
- Spreek verdere (telefonische) controles af, afhankelijk van de ernst van de ontsteking en klachten van de patiënt. Onderzoek de patiënt in ieder geval als de klachten na vier weken nog niet zijn verdwenen. Klachten van gevoeligheid en zwelling kunnen na afronden van de antibioticakuur nog enkele weken aanhouden, maar het herstel moet verder doorzetten. Heroverweeg bij onvoldoende verbetering de diagnose en behandeling. Overweeg een echo van het scrotum te laten maken of direct te verwijzen naar de uroloog; de keuze is mede afhankelijk van de klachten en wensen van de patiënt en de lokale mogelijkheden en expertise.

### *Consultatie/Verwijzing*

Verwijs naar de uroloog bij:<sup>15</sup>

- epididymitis bij een ernstig zieke patiënt (spoed);
- vermoeden van torsio testis (spoed);
- klachten die niet verbeteren binnen 72 uur na adequate behandeling;
- een recidief, verdenking op onderliggende pathologie en persisterende pijn of zwelling na de antibioticakuur (bijvoorbeeld bij een abces of epididymitis door een ander micro-organisme);
- vermoeden van een andere diagnose (DD infarctering, testiscarcinoom, hernia inguinalis). De mate van spoed is afhankelijk van de vermoede diagnose.

## **Totstandkoming**

Download het deel *Totstandkoming en methoden* (pdf).

Download de *Disclaimer* (pdf).

© 2016 Nederlands Huisartsen Genootschap

## Literatuur

Bij verwijzing naar NHG-producten: zie [www.nhg.org](http://www.nhg.org).

Bangma CH. Leerboek urologie. 3<sup>e</sup> ed. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2013.

Barada JH, Weingarten JL, Cromie WJ. Testicular salvage and age-related delay in the presentation of testicular torsion. *J Urol* 1989;142:746-8.

Beni-Israel T, Goldman M, Bar Chaim S, Kozer E. Clinical predictors for testicular torsion as seen in the pediatric ed. *Am J Emerg Med* 2010;28:786-9.

Birker IL, Van Haarst EP. Epididymitis en orchitis: diagnostiek en behandeling (2012). SOAIDS. [www.soaids.nl/nl/epididymitis-en-orchitis-diagnostiek-en-behandeling](http://www.soaids.nl/nl/epididymitis-en-orchitis-diagnostiek-en-behandeling).

Bonjer H.J. Blankensteijn J.D. Chirurgie. 1<sup>e</sup> dr. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.

Bosch JHLR, Prins A. Urologie. 2<sup>e</sup> ed. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.

BASHH. National guideline for the management of epididymo-orchitis. British Association for sexual health and HIV 2010. [www.bashh.org/guidelines.htm](http://www.bashh.org/guidelines.htm).

CDC. Sexual transmitted diseases; updated treatment guidelines. Centres for Disease Control and Prevention 2015. [www.cdc.gov/std.treatment](http://www.cdc.gov/std.treatment).

EAU. Urological infections. European Association of Urology 2014. <https://uroweb.org/guideline/urological-infections/>.

Kadish HA, Bolte RG. A retrospective review of pediatric patients with epididymitis, testicular torsion, and torsion of testicular appendages. *Pediatrics* 1998;102:73-6.

Karmazyn B, Steinberg R, Kornreich L, Freud E, Grozovski S, Schwarz M, et al. Clinical and sonographic criteria of acute scrotum in children: A retrospective study of 172 boys. *Pediatr Radiol* 2005;35:302-10.

Ludwig M, Jantos CA, Wolf S, Bergmann M, Failing K, Schiefer HG, et al. Tissue penetration of sparfloxacin in a rat model of experimental escherichia coli epididymitis. *Infection* 1997;25:178-84.

NIVEL. Incidentie- en prevalentiecijfers van gezondheidsproblemen in de Nederlandse huisartsenpraktijk in 2014. [www.nivel.nl/nl/nzr/incidenties-en-prevalenties](http://www.nivel.nl/nl/nzr/incidenties-en-prevalenties).

NVDV. Concept Multidisciplinaire Richtlijn Seksueel Overdraagbare Aandoeningen. Update 2016. Verwachte publicatiedatum begin 2017.

NVU. Standpunt Acute urologische diagnostiek en therapie. Nederlandse Vereniging voor Urologie 2015.

Oncoline. Testiscarcinoom. 2009. [www.oncoline.nl/testiscarcinoom](http://www.oncoline.nl/testiscarcinoom).

Pilatz A, Hossain H, Kaiser R, Mankertz A, Schuttler CG, Domann E, et al. Acute epididymitis revisited: Impact of molecular diagnostics on etiology and contemporary guideline recommendations. *Eur Urol* 2015;68:428-35.

Rabinowitz R. The importance of the cremasteric reflex in acute scrotal swelling in children. *J Urol* 1984;132:89-90.

Street EJ, Portman MD, Kopa Z, Brendish NJ, Skerlev M, Wilson JD, et al. European guideline on the management of epididymo-orchitis. [www.iusti.org/regions/europe/pdf/2013/Epididymo-orchitis-2013IUSTI\\_WHO.pdf](http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2013/Epididymo-orchitis-2013IUSTI_WHO.pdf).

Trojan TH, Lishnak TS, Heiman D. Epididymitis and orchitis: An overview. *Am Fam Physician* 2009;79:583-7.

Van Glabeke E, Khairouni A, Larroquet M, Audry G, Gruner M. Acute scrotal pain in children: Results of 543 surgical explorations. *Pediatr Surg Int* 1999;15:353-7.

Walker NA, Challacombe B. Managing epididymo-orchitis in general practice. *Practitioner* 2013;257:21-5, 2-3.



---

### <sup>1</sup> Cremasterreflex

De cremasterreflex (L1/L2) wordt opgewekt door zacht strijken over de binnenkant van de dij. De normale respons is dat de musculus cremaster samentrekt, waardoor de ipsilaterale testikel even optrekt. Deze reflex is afwezig bij neonaten en mensen met neurologische aandoeningen. We zochten naar onderzoek met de vraag of uitvoering van de cremasterreflex kan helpen om te differentiëren tussen epididymitis en een torsio testis. In een onderzoek onder 245 jongens (0 tot 18 jaar) met acute scrotale zwelling had de test een sensitiviteit van 100% en specificiteit van 66% [Rabinowitz 1984]. In een retrospectief onderzoek (n = 90 opgenomen patiënten van 18 jaar of jonger, die werden ontslagen met de diagnose torsio testis, epididymitis of torsie van de appendix testis), was de cremasterreflex afwezig bij alle 13 patiënten met torsio testis [Kadish 1998]. Echter, in een retrospectief onderzoek van Beni-Israel et al. (n = 523 jongens met acute scrotale klachten), hadden 5 (29%) van de 17 patiënten met de diagnose torsio testis een intacte cremasterreflex [Beni-Israel 2010]. In een retrospectief onderzoek door Karmazyn et al. (n = 172 jongens met acute scrotale klachten in de tweede lijn) hadden 3 van de 31 patiënten (10%) met een torsio testis een normale cremasterreflex [Karmazyn 2005], en Van Glabeke et al. (n = 543 jongens met acute scrotale pijn die een operatie ondergingen) vonden een normale cremasterreflex bij 10 van de 25 patiënten (40%) met een torsio testis [Van Glabeke 1999].

### *Conclusie*

Een afwezige cremasterreflex past bij een torsio testis. Een normale cremasterreflex sluit een torsio testis niet uit.

### *Overwegingen*

De onderzoeken werden overwegend uitgevoerd in de tweede lijn en retrospectief. De patiënten zijn waarschijnlijk niet vergelijkbaar met patiënten die zich presenteren met (sub)acute klachten in de eerste lijn, qua leeftijd, klachten en symptomen. De testeigenschappen van de cremasterreflex zijn in de eerste lijn vermoedelijk slechter; uitvoering van de cremasterreflex heeft dus geen meerwaarde.

### *Aanbeveling*

Het onderzoeken van de cremasterreflex door de huisarts wordt niet aanbevolen. Een afwezige cremasterreflex past bij de diagnose torsio testis, een aanwezige cremasterreflex sluit de diagnose torsio testis echter niet uit.

### <sup>2</sup> Incidentie torsio testis

Voor de diagnose torsio testis bestaat geen aparte ICPC-codering. Incidentiecijfers zijn schaars. De meeste artikelen en leerboeken baseren zich op een artikel van Barada, waarin staat dat 1 per 4000 mannen jonger dan 25 jaar een torsio testis krijgt [Barada 1989]. De piek van deze aandoening ligt tussen de 12 en 18 jaar. Boven de 35 jaar komt een torsio testis zelden voor [Trojian 2009].

Aangezien de piek voor een torsio testis ligt tijdens de puberteit is in consensus met de Nederlandse Vereniging voor Urologie afgesproken dat over patiënten onder de 18 jaar overleg wordt gepleegd met en eventueel wordt verwezen naar de uroloog. Deze leeftijdsgrens is arbitrair; ook mannen van 18 jaar en ouder met verdenking op een torsio testis hebben een indicatie voor verwijzing naar de uroloog.

### <sup>3</sup> Incidentie epididymitis

De incidentiecijfers zijn afkomstig uit NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Het betreft cijfers over 2014 [NIVEL 2014].

### <sup>4</sup> Differentiaaldiagnose bij scrotale pijn en zwelling

*Torsio testis:* bij een torsio testis is er sprake van (per)acute, hevige pijn vaak met vegetatieve verschijnselen (misselijkheid, braken, zweten, duizeligheid en flauwvallen). De pijn wordt soms voorafgegaan door eerdere episoden met veel pijn die spontaan afnam (door torsie en detorsie) en kan uitstralen naar de onderbuik en de lies. Meestal zijn er geen mictieklachten en is er geen temperatuurverhoging. Bij lichamelijk onderzoek ligt de testis aan de aangedane zijde hoog en horizontaal in het scrotum. De cremasterreflex is (meestal) afwezig en de pijn vermindert niet bij elevatie van het scrotum. Afwijkingen bij urineonderzoek sluiten een torsio testis niet uit. Het CRP is meestal niet verhoogd.

Een in het verleden verrichte orchidopexie bij een patiënt met een acuut scrotum maakt een torsio testis onwaarschijnlijk, maar sluit deze niet uit [Bonjer 2002].

*Testiscarcinoom:* dit is de meest voorkomende maligne tumor bij mannen van 20-35 jaar. Tumoren van de testis worden ingedeeld in kiemceltumoren (ongeveer 90%), stromatumoren en andere tumoren (onder andere maligne lymfomen). De incidentie van het testiscarcinoom is 4 tot 6 per 100.000 mannen per jaar. De mortaliteit bedraagt 0,3 per 100.000 mannen per jaar. In Nederland wordt jaarlijks bij 500 mannen de diagnose gesteld en overlijden

---

ongeveer 25 mannen aan deze tumor [Oncoline 2009]. Testiscarcinoom kan bilateraal voorkomen, tegelijkertijd of na verloop van tijd. Een testistumor presenteert zich meestal met een langzaam groeiende pijnloze zwelling of hardheid van de testes. Pijn staat meestal niet op de voorgrond; 20% van de mannen presenteert zich hiermee, mogelijk door een bloeding in de tumor. Ook kunnen de symptomen lijken op een epididymo-orchitis.

*Varicocele*: dilatatie van de plexus pampiniformis in de funiculus spermaticus. Vaak asymptomatisch, maar geeft soms doffe pijn of een zwaar gevoel in het scrotum, met name aan het eind van de dag.

*Spermatocele*: uitbochting van een buisje van de rete testis of epididymis. Spermatoceelen kunnen variëren in grootte en zijn meestal niet pijnlijk.

*Hydrocele*: een niet-pijnlijke zwelling die fluctueert in grootte, vaak gerelateerd aan activiteit of verhoogde intra-abdominale druk, zoals een hoestend kind. Een hydrocele kan secundair zijn aan een testistumor (zelden) [Birker 2012].

*Testistrauma*: wordt meestal duidelijk uit de anamnese.

*Gerefeerde pijn*: bij een hernia inguinalis (liesbreuk) is er een defect in de buikwand, waardoor de buikinhoud voor een deel naar boven komt. Dit geeft een zwelling in de lies. Als de breuk groot genoeg is, kan hij tot in het scrotum komen en de testis van zijn plaats duwen. De klacht ontstaat meestal langzaam, en de liesbreuk is vaak 's morgens verdwenen. Als er druk op de buik komt, bijvoorbeeld door hoesten, niezen of persen, kan de zwelling opnieuw ontstaan. Een ingeklemde liesbreuk geeft zwelling en ernstige buikpijn en kan gepaard gaan met misselijkheid en braken. Een liesbreuk komt vooral voor bij mannen boven de 45 jaar. Ook een uretersteen kan pijn geven die uitstraalt naar het scrotum.

*Bof-orchitis* presenteert zich meestal met een testiculaire pijnlijke zwelling, vier tot zeven dagen na een periode met koorts en parotitis. Behandeling is conservatief, maar er kan een secundaire bacteriële infectie optreden waarvoor behandeling met antibiotica nodig kan zijn. Bof is een meldingsplichtige ziekte.

*Familiaire mediterrane koorts (FMF)* is een ziekte die wordt gekenmerkt door hevige koortsperiodes. FMF valt onder de auto-inflammatoire aandoeningen en erft autosomaal recessief over. FMF uit zich meestal al op kinderleeftijd. FMF wordt het vaakst gezien bij mensen met een mediterrane afkomst en is in Nederland een zeldzame ziekte. FMF gaat soms gepaard met pijn en zwelling van het scrotum.

##### <sup>5</sup> Effectiviteit chirurgie bij torsio testis in relatie tot duur van de klachten

Bij een chirurgische interventie die binnen 4 uur na het ontstaan van de klachten wordt uitgevoerd, wordt de testis in 100% van de gevallen gered. Dit percentage daalt tot 75% bij een ingreep binnen 8 tot 16 uur, en tot 25% bij een ingreep na 16 uur [Bangma 2013]. In het standpunt *Acute urologische diagnostiek en therapie* uit 2015 stelt de Nederlandse Vereniging voor Urologie dat bij een torsio testis een spoedoperatie (exploratie scrotum) binnen 6 uur na het ontstaan van de klachten moet worden uitgevoerd.

##### <sup>6</sup> Infectieuze oorzaken van epididymitis

Infectieuze epididymitis is meestal een secundaire infectie bij een soa of urineweginfectie. Seksueel overgedragen acute epididymitis gaat vaak samen met een urethritis, maar deze is veelal asymptomatisch. Een epididymitis op basis van een urineweginfectie kan een gevolg zijn van reflux van urine door een obstructie van de blaasuitgang (bijvoorbeeld bij benigne prostaathyperplasie of een urethrastrictuur). Andere oorzaken (vooral bij oudere mannen) zijn een prostaatbiopsie, instrumentatie van de urinewegen of chirurgie, systemische aandoeningen en/of immunosuppressie [CDC 2015].

##### <sup>7</sup> Verwekkers van een epididymitis

In een prospectief onderzoek van Pilatz et al. (n = 237 niet-verwezen volwassen patiënten met een acute epididymitis die zich presenteerden op de SEH, van wie 150 patiënten nog niet eerder waren behandeld met antibiotica en 87 al wel) werd een verwekker vastgesteld bij 130 (87%) van de patiënten die niet eerder waren behandeld, en bij 44 (51%) van de al met antibiotica behandelde patiënten. Het vaakst ging dit om een *E. Coli*, namelijk bij 98 van de 174 patiënten (56%) bij wie een verwekker werd vastgesteld. Seksueel actieve patiënten werden ook onderzocht op soa's. Bij 34 patiënten (14%) werden één of meer soa's gevonden. Dit was niet gebonden aan een specifieke leeftijdscategorie. Bij 25 patiënten was sprake van *Chlamydia trachomatis*. Andere gevonden soa's waren *Mycoplasma spp* (8 patiënten) en *Neisseria gonorrhoeae* (6 patiënten). Bij alle patiënten bij wie geen bacterie werd gekweekt (n = 63) werd ook getest op 23 virussen.

---

Een virale epididymitis lijkt zeldzaam. Bij 2 van de 20 niet eerder behandelde patiënten werd een enterovirus gekweekt, bij 9 patiënten (14%) werd het BK-virus gekweekt.

In de niet eerder behandelde groep waren de gevonden bacteriën in meer dan 85% van de gevallen gevoelig voor zowel fluoroquinolonen als de derde generatie cefalosporinen. In de al eerder behandelde patiënten was dit bij respectievelijk 42% en 67% het geval. Conclusies van de onderzoeker zijn:

- Een acute epididymitis wordt meestal veroorzaakt door een bacterie, vaak een *E. Coli*.
- Soa's als oorzaak van een acute epididymitis komen niet alleen voor bij patiënten onder de 35 jaar.
- De meest voorkomende seksueel overdraagbare verwekker is *Chlamydia trachomatis*.
- Een virus als verwekker van acute epididymitis is zeldzaam.
- De medicamenteuze aanbevelingen in de vigerende internationale richtlijnen [CDC 2010, EAU 2014] volstaan.

#### <sup>8</sup> Niet-infectieuze oorzaken van epididymitis

Mogelijke niet-infectieuze oorzaken van epididymitis zijn: systeemziekten (M. Behcet, granulomateuze aandoeningen, polyarthritis nodosa en purpura van Henoch-Schönlein), bijwerkingen van geneesmiddelen (zoals antibiotica, middelen bij urine-incontinentie en urineretentie en (anti)hormonen bij maligne aandoeningen, amiodaron) en extravasatie van sperma en vloeistof na een vasectomie [Bosch 2010, Walker 2013].

#### <sup>9</sup> Spoed bij torsio testis

U2 betekent dat er een reële kans bestaat dat de toestand van de patiënt op korte termijn verslechtert. De assistente informeert de huisarts meteen. Hij ziet de patiënt zo snel mogelijk, in ieder geval binnen een uur.

#### <sup>10</sup> Negatieve leukotest en negatieve nitriettest

Een negatieve leukotest en negatieve nitriettest maken een urineweginfectie onwaarschijnlijker, maar sluiten deze niet volledig uit. Daarom wordt aanbevolen toch bij alle patiënten een banale urinekweek of dipslide te verrichten. Zie voor meer informatie de NHG-Standaard *Urineweginfecties* ([www.nhg.org](http://www.nhg.org)).

#### <sup>11</sup> Effectiviteit van antibiotica bij epididymitis op basis van een urineweginfectie

We verrichtten een systematisch literatuuronderzoek naar de vraag welk antibioticum het meest effectief is voor de behandeling van patiënten met een niet soa-gerelateerde epididymitis in de eerste lijn. Reden is dat de behandeling van een epididymitis op basis van een urineweginfectie anders kan zijn dan die van een gecompliceerde urineweginfectie. Dit ligt aan eventuele verwekkers en aan de weefselpenetratie van het antibioticum in de epididymis. De zoekstrategie, met een zoekdatum vanaf 2006 tot december 2014, gaf 23 treffers. Tevens verrichtten we een literatuuronderzoek naar (inter)nationale richtlijnen over epididymitis, met 19 treffers als resultaat. De zoekstrategieën leverden geen systematische reviews op; ook vonden we geen RCT's. Bij gebrek aan evidence en omdat consensus met vigerende Nederlandse richtlijnen van de dermatologen en urologen de voorkeur heeft bij de keuze voor een behandeling, sluiten we aan bij de *Multidisciplinaire Richtlijn Seksueel Overdraagbare Aandoeningen*, die op zijn beurt aansluit bij vigerende internationale richtlijnen van de Centres for Disease Control and Prevention (CDC) [CDC 2015, Street 2012].

#### Conclusie

Voor de behandeling van een epididymitis bestaat weinig onderbouwing (zie verder noot 12).

#### <sup>12</sup> Medicamenteuze behandeling van epididymitis

Voor de medicamenteuze behandeling van epididymitis hebben we besloten aan te sluiten bij de *Multidisciplinaire Richtlijn Seksueel Overdraagbare Aandoeningen*, die op zijn beurt aansluit bij vigerende internationale richtlijnen [CDC 2015, Street 2012]. Deze MDR wordt in de tweede helft van 2016 herzien, onder meer wat betreft medicamenteuze behandeling van epididymitis. De herziening vindt plaats in samenwerking met het NHG.

De richtlijnen van de CDC uit 2015, waarop de herziene MDR (2016) wordt gebaseerd, adviseren voor epididymitis op basis van een urineweginfectie een behandeling met chinolonen. Levofloxacin en ofloxacin hebben een breed werkingsspectrum. Ze werken tegen vrijwel alle gramnegatieve bacteriën, grampositieve species als stafylokokken en bijzondere species als *Campylobacter*, *Chlamydiae*, *Legionella* en *Mycoplasma*. Minder gevoelig zijn meestal de streptokokken (inclusief pneumokokken). Ook is er activiteit tegen mycobacteriën, met name *M. tuberculosis*. De anaerobe bacteriën zijn in het algemeen weinig gevoelig; sommige zijn resistent. Daarnaast hebben chinolonen een goede penetratie in de epididymis en testis [Ludwig 1997].

---

Er is echter veel onzekerheid over verschillen in effectiviteit en bijwerkingen tussen de verschillende chinolonen en tussen verschillen in de duur van de behandeling en doseringen (kwaliteit van bewijs zeer laag). De CDC adviseert een behandeling met levofloxacin 1 d.d. 500 mg tabl. of ofloxacin 2 d.d. 300 mg tabl., beide gedurende 10 dagen [CDC 2015].

Bij een epididymitis op basis van chlamydia en gonorrhoe adviseert de CDC een behandeling met ceftriaxon 250 mg i.m. eenmalig in combinatie met doxycycline 100 mg tabl. 2 d.d. gedurende 10 dagen. Bij een epididymitis op basis van zowel een soa als darmbacteriën (bijvoorbeeld bij insertieve anale seks) adviseert de CDC een behandeling met ceftriaxon en levofloxacin of ofloxacin.

De MDR versie 2012 adviseert bij een epididymitis waarschijnlijk op basis van een soa een behandeling met doxycycline als eerste keus, en (lev)ofloxacin als tweede keus bij een allergie voor doxycycline, naast een behandeling met ceftriaxon voor gonorrhoe als daar mogelijk sprake van is.

Omdat een epididymitis meestal veroorzaakt wordt door een *E. Coli* en gonorrhoe maar weinig voorkomt, hebben we er omwille van de eenvoud in deze behandelrichtlijn voor gekozen om voor beide vormen van epididymitis te starten met een behandeling met (lev)ofloxacin. Op basis van testuitslagen kan de behandeling zo nodig worden aangepast.

De behandeling van gonorrhoe vraagt om een aparte benadering (zie noot 13).

#### *Conclusie en overwegingen*

Als een patiënt zich voor het eerst presenteert met een epididymitis, is het onzeker of sprake is van een epididymitis op basis van een soa of op basis van een urineweginfectie. (Lev)ofloxacin, een chinolon, is werkzaam bij beide vormen van epididymitis.

Levofloxacin en ofloxacin zijn beiden even werkzaam. Er zijn wel verschillen in het gebruiksgemak – levofloxacin hoeft maar eenmaal daags te worden ingenomen – en in de kosten: levofloxacin is bij het uitkomen van deze richtlijn ongeveer vijfmaal zo goedkoop als ofloxacin. Om die reden is een behandeling met levofloxacin eerste keus.

#### *Aanbeveling*

Behandel een epididymitis gedurende 14 dagen met levofloxacin (1 dd 500 mg tabl.; eerste keus) of ofloxacin (2 dd 400 mg tabl.; tweede keus).

#### **<sup>13</sup> Medicamenteuze behandeling van bijkomende gonorrhoe bij epididymitis**

De resistentie van *N. gonorrhoeae* tegen chinolonen neemt toe. Bij gonorrhoe zijn chinolonen daarom geen eerste keus behandeling. Zie voor de behandeling van een (bijkomende) gonorrhoe de NHG-Standaard *Het soa-consult*.

#### **<sup>14</sup> Medicamenteuze behandeling bij een contra-indicatie voor chinolonen**

Contra-indicaties voor chinolonen zijn epilepsie of een verhoogde neiging tot het ontwikkelen van epileptische aanvallen, peesaandoeningen gerelateerd aan het gebruik van chinolonen in de voorgeschiedenis, en overgevoeligheid voor chinolonen.

Bij een contra-indicatie voor chinolonen en een epididymitis die waarschijnlijk is veroorzaakt door een urineweginfectie, sluiten we voor de behandeling aan bij de NHG-Standaard *Urineweginfecties*, beleid bij patiënten met tekenen van weefselinvasie en risicogroepen vanaf 12 jaar. Eerste keus in deze richtlijn is een behandeling met een chinolon. Tweede keus is een behandeling met amoxicilline/clavulaanzuur, echter dit middel penetreert onvoldoende in de epididymis. Om deze reden wordt bij een contra-indicatie voor chinolonen gekozen voor behandeling met cotrimoxazol (dit is de derde keus uit de NHG-Standaard *Urineweginfecties*). Bij een contra-indicatie voor chinolonen en een epididymitis die waarschijnlijk veroorzaakt wordt door een soa, adviseren we een behandeling met doxycycline 2 dd 100 mg conform de NHG-Standaard *Het soa-consult*, beleid bij chlamydia. Bij een epididymitis is wel een langere behandeling nodig, namelijk gedurende 14 dagen. Bij een grote kans op een simultane gonokokkeninfectie is ook een behandeling voor gonorrhoe geïndiceerd.

#### **<sup>15</sup> Verwijzing**

De richtlijn adviseert om de diagnose en de behandeling te heroverwegen als er na 3 dagen geen verbetering optreedt, en om te verwijzen bij:

- onvoldoende effect van de antibiotica;
- een recidief;
- verdenking op onderliggende pathologie;

- 
- persisterende pijn of zwelling na de antibioticakuur.

Deze adviezen zijn overgenomen uit de richtlijn van Centres for Disease Control and Prevention en uit de richtlijnen van British Association for Sexual Health and HIV [CDC 2015, BASHH 2010].