

Multidisciplinaire richtlijn



Signalering van en verwijzing bij niet-scrotale testis



Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid

Signalering van en verwijzing bij niet-scrotale testis

Mogelijk dankzij ZonMw-subsidie en TNO-financiering.

Auteurs

Dr. Mascha Kamphuis, jeugdarts KNMG, onderzoeker, TNO Child Health (Leiden)/
Stichting JGZ Zuid-Holland West

Dr. Frank H. Pierik, gezondheidswetenschapper, TNO Urban Environment and Safety

Drs. Helma B.M. van Gameren-Oosterom, arts, onderzoeker, TNO Child Health (Leiden)

Dr. M. Elske van den Akker-van Marle, afdeling medische besliskunde, LUMC (Leiden)

* Met medewerking van de expertgroep, bestaande uit: dr. Joery Goede, arts-onderzoeker kindergeneeskunde (MCA, Alkmaar, tegenwoordig LUMC); dr. Frans Hazebroek, emeritus hoogleraar kinderchirurgie (Erasmus MC-Sophia, Rotterdam), drs. Erik van der Horst, kinderuroloog (VUmc, Amsterdam); dr. Sabine de Muinck Keizer-Schrama, kinderarts-endocrinoloog (Erasmus MC-Sophia, Rotterdam); Prof. Dr. J Kievit (LUMC Medische Besliskunde); drs. Stefaan Tytgat, kinderchirurg (UMC, Utrecht); dr. Tjerk Wiersma, huisarts (NHG, Utrecht); dr. Pauline Verloove-Vanhorick, emeritus hoogleraar kindergeneeskunde, kinderarts, voorzitter (TNO).

Datum

December 2012

Een publicatie van het
Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)
Churchillaan 11
3527 GV Utrecht

Auteursrechten voorbehouden

©Nederlands Centrum jeugdgezondheid, Utrecht, 2012

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen aanvaarden redactie, auteurs en het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Behoudens de of krachtens de in de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets van deze uitgave worden veeleenvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere wijze, zonder schriftelijke toestemming van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Alleen de partijen die de richtlijn hebben geautoriseerd of geaccordeerd en organisaties waar professionals werken uit de autoriserende/ accorderende beroepsgroepen mogen deze uitgave ongewijzigd verspreiden onder hun eigen vakgenoten of medewerkers, hetzij in geprinte vorm, hetzij digitaal.

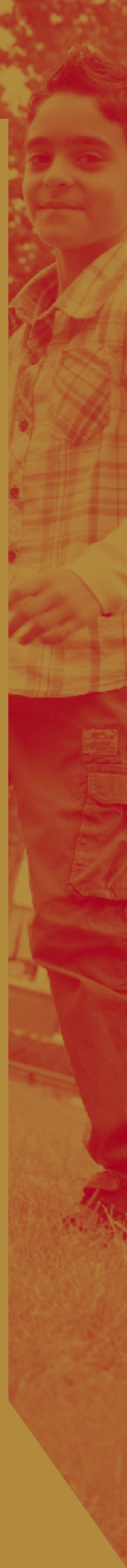
Voor zover het maken van reprografische veeleenvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijke verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht (www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelten van deze uitgave in lezingen, readers en andere werken dient men zich tot het NCJ te wenden.

Accordering of Autorisatie door:

- Deze richtlijn is inhoudelijk geautoriseerd door de beroepsverenigingen in de JGZ; Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), Verpleegkundigen en verzorgenden Nederland, fractie jeugd (V&VN), Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA) en randvoorwaardelijk geautoriseerd door ActiZ en GGD Nederland.
- NVK (Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde)
- NVU (Nederlandse Vereniging Urologie)
- NVvH (Nederlandse Vereniging voor Heelkunde)
- NVKC (Nederlandse Vereniging Kinderchirurgie)
- Deze richtlijn is ontwikkeld met medewerking van het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap)

INHOUDSOPGAVE

LEESWIJZER	5
INLEIDING	6
DEFINITIES EN HET ONDERZOEK NAAR NST	8
VERWIJZING	11
BIJLAGEN	
1 Achtergrond richtlijnen algemeen	13
2a Project beslissingsanalyse en expertbijeenkomst. Korte samenvatting van de resultaten	14
2b Wetenschappelijke onderbouwing (besliskundige analyses) en overige overwegingen (expertbijeenkomst)	
APART DOCUMENT	16





LEESWIJZER

Deze 'Multidisciplinaire richtlijn Signalering van en verwijzing bij niet-scrotale testis (NST)' is de praktische uitwerking van het project: 'Gebruik van beslissingsanalyse en patiënten voorkeuren bij ontwikkeling en toepassing van richtlijnen geïllustreerd aan de hand van de richtlijn niet-scrotale testis'. Bij de vertaling van de uitkomsten uit dat project naar de praktijk zijn enkele uitkomsten op basis van consensus aangepast.

De resultaten van het project inclusief de consensus worden kort weergegeven in bijlage 2a en zijn uitgebreid verwerkt in een aparte bijlage 2b, die kan worden geraadpleegd voor nadere uitleg, toelichting en bijbehorende referenties.

INLEIDING

Voorgeschiedenis

Uit een serie publicaties in de jaren 80 bleek dat het aantal chirurgische ingrepen voor NST grofweg twee tot vier maal hoger was dan verwacht op basis van de incidentie van NST bij de geboorte (Van Gelderen, 1986; De Muinck Keizer-Schrama, 1987; Venlet-Melchior, 1989). Verschillende oorzaken van deze discrepantie werden onderkend, zoals het ontbreken van een eenduidige definitie, onduidelijkheid ten aanzien van de prognose voor toekomstige testisfunctie, het ontstaan van NST ná de geboorte en verschillende opvattingen over hoe en wanneer jongens met NST zouden moeten worden behandeld.

Tegen die achtergrond is in oktober 1986 door het toenmalige Centraal Begeleidings-Organisatie voor de intercollegiale toetsing (CBO; tegenwoordig het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg) een consensusbijeenkomst georganiseerd, met als doel om op basis van de (beperkte) beschikbare evidentie tot een multidisciplinaire richtlijn te komen voor het beleid bij NST (De Muinck Keizer-Schrama, 1987). Onderdeel van de consensus was de landelijke invoering van de testis-registratiekaart (ook wel het 'ballenkaartje' genoemd). Na de CBO-consensus is de registratie van de testispositie bij pasgeborenen opgenomen in het integraal dossier jeugdgezondheidszorg (JGZ) en het groeiboekje. De consensus is echter nooit formeel uitgewerkt in een richtlijn. Het belangrijkste doel van de consensus, namelijk het niet uitvoeren van orchidopexie als de testis op een eerder moment in het leven normaal scrotaal was gelegen volgens onder andere de gegevens van de JGZ, is niet bereikt.

In 2004 is een scriptie verschenen (Horstink-uit de Weerd, 2004) waarin de destijds bestaande protocollen binnen de JGZ werden geëvalueerd. Het beleid van verwijzen bij NST blijkt in deze protocollen sterk te variëren. Leeftijdsgrenzen voor verwijzing worden in dergelijke protocollen bijvoorbeeld niet altijd aangegeven. In 2008 is mede daarom gestart met de ontwikkeling van een richtlijn voor de JGZ door middel van literatuuronderzoek en bespreking daarvan in expertmeetings. Dit leidde in 2009 tot een concept-eindversie van de richtlijn. Deze werd echter, door controversie in het veld, door de Richtlijn Advies Commissie (RAC) van het toenmalige RIVM/Centrum Jeugdgezondheid (tegenwoordig het NCJ, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid) aangehouden. Vanwege de controversie startte in datzelfde jaar het project: 'Gebruik van beslissingsanalyse en patiënten voorkeuren bij ontwikkeling en toepassing van richtlijnen geïllustreerd aan de hand van de richtlijn niet-scrotale testis'. In combinatie met een expertbijeenkomst voor de vertaling naar de praktijk heeft dit geleid tot deze onderhavige richtlijn. Voor een korte samenvatting van het project en de expertbijeenkomst, zie bijlage 2a. Voor een uitgebreide toelichting: zie de aparte bijlage 2b.

Afbakening onderwerp richtlijn en doelgroep

Deze multidisciplinaire richtlijn is gericht op de correcte signalering van en verwijzing bij NST. Dit zijn taken die in elk geval op standaardmomenten worden uitgevoerd door de JGZ (door de jeugdarts en verpleegkundig specialist), maar tevens op indicatie of vraag door de huisarts en de kinderarts. Kinderen worden vervolgens verwezen naar de specialist: (kinder)uroloog, (kinder)chirurg¹ of kinderarts. Deze artsen zijn derhalve ook de doelgroep van deze richtlijn.

Voor algemene informatie over richtlijnen wordt verwezen naar bijlage 1.

Referenties

- Van Gelderen HH, Vermeer-de Bondt PE. Prevalence of undescended testis in the first 4 years of life; a longitudinal study. Ned Tijdschr Geneesk 1986 August 30; 130(35):1567-70.
- De Muinck Keizer-Schrama SM. Consensus on management of the undescended testis. Ned Tijdschr Geneesk 1987 October 10;131(41):1817-21.
- Venlet-Melchior CJ, Hirasing RA. Significance of the registration of testis localization in child health services for the avoidance of unnecessary orchiopexies. Ned Tijdschr Geneesk 1989 October 21;133(42):2084-6.
- Horstink-uit de Weerd BR, Filedt Kok-Weimar TL, Leerdam FJMv. Protocollering binnen de JGZ: testesonderzoek. Leiden; 2004 mei

¹ Hieronder wordt in dit verband verstaan: een uroloog/chirurg werkzaam in een kinderchirurgisch centrum, alsook een uroloog/chirurg die ervaring heeft met de behandeling van NST bij kinderen.

DEFINITIES EN HET ONDERZOEK NAAR NIET-SCROTALE TESTIS (NST)

Definitie NST algemeen

NST is gedefinieerd als een testis die niet in een stabiele ligging onder in het scrotum (balzak) is te krijgen tijdens het lichamelijk onderzoek. Andere gehanteerde benamingen voor NST zijn: cryptorchisme, niet-ingedaalde testis en maldescensus testis. Cryptorchisme betekent strikt gezien een verborgen (dat wil zeggen niet-voelbare) testis (crypto = verborgen, orchid = testis) maar wordt in de Angelsaksische literatuur ook gebruikt om de wel palpabele NST aan te duiden. In deze richtlijn wordt gesproken van niet-scrotale testis, omdat dit binnen Nederland de meest gebruikelijke benaming is en de voorkeur van de bij deze richtlijn betrokken experts geniet. In het geval van hoogscrotale testis zou verwarring kunnen ontstaan: alhoewel deze in het scrotum gebracht kan worden, wordt een hoogscrotale testis als NST geclassificeerd omdat de testis, conform de definitie, niet stabiel onder in het scrotum is te brengen.

Scrotale en niet-scrotale testis

NST kan op verschillende manieren worden ingedeeld. Doorgaans wordt de indeling gedaan op basis van de ligging van de testis in rust en na palpatie, het palpabel zijn van de testis, de mogelijkheid NST naar een stabiele scrotale positie te manipuleren en/of het moment van ontstaan (aangeboren dan wel verworven). Hierbij wordt uitgegaan van de volgende acties:

- Tijdens het lichamelijk onderzoek: het herkennen van NST (visuele inspectie en palpatie van de ligging).
- Manipulatie (pogen om de testis scrotaal te krijgen).
- Navraag bij ouders over de recente ligging.
- Verificatie van de voorgeschiedenis van de ligging van de testis middels dossieronderzoek (bij bijvoorbeeld verloskundige, JGZ, huisarts, kinderarts) naar eerdere ligging van de testis. Als minimaal twee onafhankelijke beoordelaars geconcludeerd hebben dat de testis na de geboorte scrotaal was, is geen sprake van een aangeboren NST.

Dit leidt na manipulatie tot de volgende indeling:

- Scrotaal (spontaan, dan wel na manipulatie (retractiel)).
- Niet-scrotaal:
 - Palpabel (waaronder ook de 'hoog-scrotale testis' die vóór manipulatie doorgaans in het liesgebied gelegen is).
 - Niet-palpabel.

Scrotaal

Van een normaal scrotale testis wordt gesproken indien de testis stabiel onder in het scrotum is gelegen of daar door manipulatie is te brengen, zoals in het geval van de retractiele testis. De retractiele testis (RT) is een volledig ingedaalde en normaal ontwikkelde testis die vanuit zijn positie in het scrotum door contractie van de cremasterspier uit de normale scrotale positie getild kan worden en zo hoog in het scrotum of in het liesgebied kan komen te liggen. De RT kan meestal door voorzichtige manuele manipulatie naar een normale stabiele lage positie in het scrotum worden gebracht, zonder dat de trekkracht (tractie) die tijdens manipulatie op de funiculus spermaticus wordt uitgeoefend pijnlijk is. Het is mogelijk dat de testis niet palpabel is of niet scrotaal is (te krijgen) tijdens het onderzoek. Men kan op dat moment de diagnose RT niet stellen. Om die reden kan navraag doen bij ouders of zij weten wat de recente positie is aanvullend van belang zijn. De ouders kan worden gevraagd om thuis na te gaan of de testis een scrotale ligging krijgt bijvoorbeeld nadat het jongetje 15 minuten in een warm bad zit. Als de ouders/het kind de testis thuis wel kunnen/kan voelen (alleen het zien van de testis is niet voldoende) in het scrotum is mogelijk sprake van een RT. Die observatie is een zwaarwegend argument voor de arts om het onderzoek te herhalen, desnoods meerdere malen. De diagnose RT kan echter niet worden gesteld op basis van informatie van de ouder/het kind en kan pas zeker gesteld worden wanneer bij het onderzoek door de arts de testis in een stabiele positie in het scrotum kan worden gebracht. Onder 'stabiel' wordt verstaan dat de testis na loslating niet ogenblikkelijk terugveert naar de verhoogde positie. Tractie aan het ophangapparaat is over het algemeen niet pijnlijk. De RT wordt als fysiologisch normaal beschouwd en is daarmee geen NST.

Niet-scrotaal

Een NST is een testis die niet in een normale stabiele positie in het scrotum is te brengen. Het betreft zowel de niet-palpabele testis als de palpabele testis die echter niet stabiel scrotaal kan worden gebracht. Tractie (rek) aan de funiculus kan bij NST (zeer) pijnlijk zijn. Van de aangeboren (congenitale) vorm is sprake wanneer de testis vanaf de geboorte niet volledig is ingedaald. Als de testis bij de geboorte wél normaal ingedaald was, maar op een later moment niet meer volledig stabiel onder in het scrotum is te brengen, wordt gesproken van een verworven NST. Als de testis ten tijde van het onderzoek niet scrotaal is te krijgen, maar de ouder/het kind desondanks aangeeft dat zij de testis zelf wél recent scrotaal hebben gevoeld, is dit een argument om het onderzoek te herhalen (verificatie) omdat sprake zou kunnen zijn van een RT (zie eerder).

Het onderzoek bestaat uit:

- Lichamelijk onderzoek, zie kader 'Het onderzoek naar NST'.
- In geval van een niet-scrotale testis wordt de classificatie op basis van de medische voorgeschiedenis gedaan. Als de voorgeschiedenis niet beschikbaar is, wordt deze actief nagevraagd bij de voorgaande ketenpartners (verloskundige, kinderarts, huisarts).

Registratie

De testispositie (zowel normaal als afwijkend) wordt genoteerd in het Digitaal Dossier JGZ en deze dient, indien aanwezig, ook in het groeiboekje (dat op veel plaatsen in Nederland gebruikt wordt door de JGZ en aan ouders wordt meegegeven) genoteerd te worden. In het groeiboekje is hiervoor een specifieke pagina waarop de testispositie gedrukt staat aanwezig.

HET ONDERZOEK NAAR NST, de uitvoering

Omgeving: Het lichamelijk onderzoek wordt verricht in een warme kamer, op een warm oppervlak, waarbij de onderzoeker warme handen heeft. Het onderzoek wordt uitgevoerd met de jongen in de houding die de arts het meest handig acht. Als de testis dan echter niet palpabel is of niet scrotaal is te krijgen, dan zal het onderzoek alsnog in kleermakerszit of hurkzit uitgevoerd moeten worden (of liggend, afhankelijk van de leeftijd).

Visuele inspectie: Voordat het genitaal wordt aangeraakt (omdat de cremasterreflex daarmee geïnduceerd kan worden): beoordeling van grootte en symmetrie van het scrotum en aanwezigheid van de testis.

Manueel onderzoek: Beginnend op de onderbuik, vanaf de bovenste bekkenrand, worden de vingertoppen van de voorkeurshand naar het scrotum bewogen. Als in de lies een testis wordt gevoeld, wordt deze voorzichtig naar 'beneden' gemobiliseerd en de laagste ligging bepaalt de classificatie van NST. Als de manipulatie naar caudaal pijnlijk is, moet deze niet worden voortgezet. Is de manipulatie pijnloos, dan kan mogelijk een normale scrotale testispositie worden bereikt. Bij twijfel over de aanwezigheid van een testikel of de te bereiken positie kunnen de hand en het te onderzoeken gebied glad worden gemaakt met gel of zeep. Dit vergemakkelijkt palpatie. Als het onderzoek slecht uitvoerbaar of interpreteerbaar is, wordt het bij een volgende gelegenheid herhaald.

VERWIJZING (ZIE OOK FIGUUR 1)

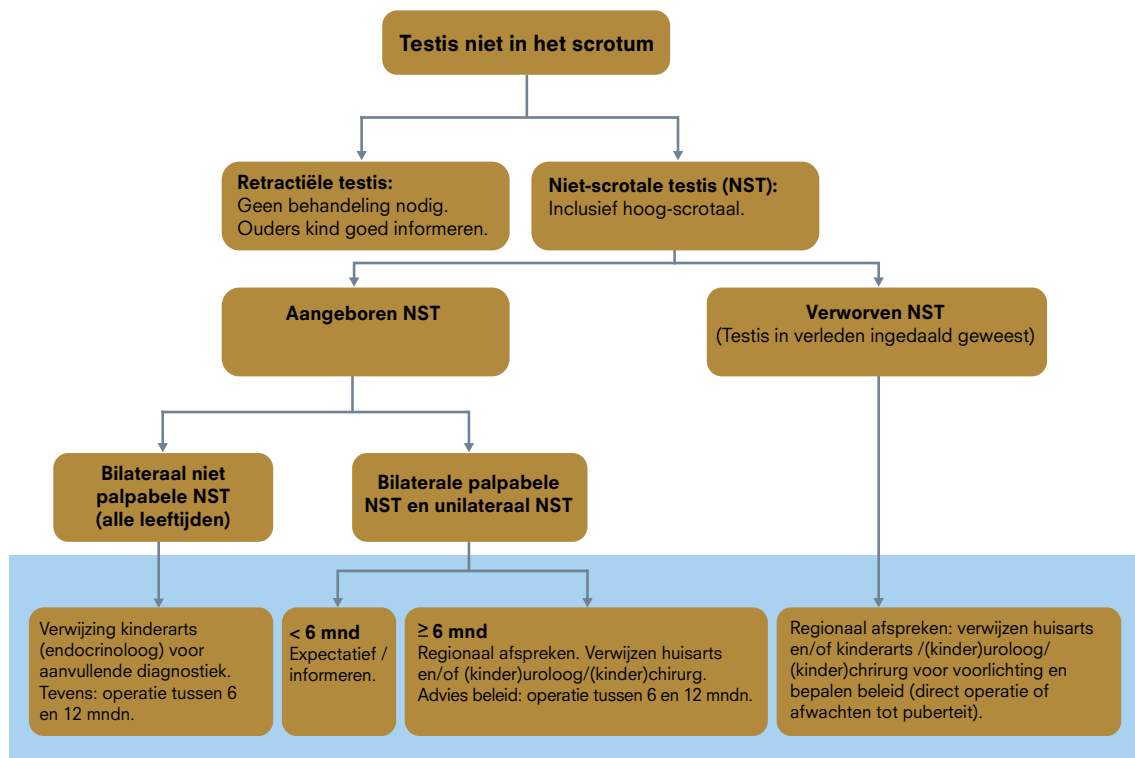
Wanneer en naar wie?

Altijd verwijzen bij:

- Aangeboren bilaterale niet-palpabele NST en/of ambigu genitaal zo spoedig mogelijk na de geboorte naar kinderarts voor verdere diagnostiek. Bij voorkeur verwijzing naar kinderarts met specifieke belangstelling voor kinderendocrinologie of naar kinderendocrinoloog. Diagnostiek en behandeling van kinderen met ambigu genitaal altijd in kinderendocrinologisch centrum.
- Aangeboren unilateraal palpabel/niet-palpabel en aangeboren bilateraal palpabel NST vanaf de leeftijd van 6 maanden verwijzen naar huisarts of indien mogelijk rechtstreeks naar de (kinder)uroloog of (kinder)chirurg. Geadviseerd wordt tussen 6 en 12 maanden te opereren.
- Verworven unilateraal en bilateraal NST bij diagnose en na verificatie (zie pagina 10) verwijzen naar huisarts en/of kinderarts/(kinder)uroloog/(kinder)chirurg om de behandelopties (direct opereren of gecontroleerd afwachten tot de puberteit) te bespreken. Wie deze taak op zich neemt, dient regionaal te worden afgesproken. Als besloten wordt niet direct te opereren, wordt een vervolgspraak gemaakt en wordt bij niet spontaan indalen in de puberteit alsnog geopereerd, bij voorkeur voor de 13e verjaardag.
- Pijn in liesgebied/scrotum bij verworven NST: doorverwijzen naar huisarts/kinderarts/(kinder)uroloog/(kinder)chirurg.
- Bij twijfel over retractiliteit verwijzen naar kinderarts, (kinder)uroloog of (kinder)chirurg voor beoordeling.
- Bij ingedaalde testis of NST met een andere aangeboren afwijking aan het genitaal (penisafwijking, hypospadie) en/of syndromale kenmerken verwijzen naar huisarts/kinderarts(endocrinoloog) voor nader onderzoek en zo nodig behandeling door (kinder)uroloog of (kinder)chirurg.

Niet verwijzen/geen operatie bij jongens met de diagnose: retractiele testis.

Figuur 1 **Beslisschema verwijzing niet-scrotale testis**



Bij ambigu genitaal, syndromen en andere aangeboren afwijkingen: doorverwijzen naar huisarts/ kinderarts (endocrinoloog). Bij pijn in het liesgebied doorverwijzen naar huisarts/ kinderarts/ (kinder)uroloog/ (kinder)chirurg.

BIJLAGE 1

ACHTERGROND RICHTLIJNEN ALGEMEEN

Doelstelling

Een richtlijn is een document met aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals* en zorggebruikers** (Brummen, 2010).

Het uiteindelijke doel hiervan is betere, uniforme advisering, correcte verwijzing en hulp aan ouders en kinderen.

- * Onder zorgprofessionals worden alle BIG-geregistreerde zorgverleners verstaan, onder wie artsen, verpleegkundigen, apothekers, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundig specialisten.
- ** Onder zorggebruikers worden patiënten, cliënten, familie van patiënten en cliënten, en mantelzorgers verstaan.

Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op 'evidence' gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen hoofdzakelijk gebaseerd zijn op de 'gemiddelde cliënt/patiënt', kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zo nodig afwijken van de richtlijn. Het afwijken van richtlijnen kan in bepaalde situaties zelfs noodzakelijk zijn. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd en gedocumenteerd te worden.

Herziening

In principe heeft de richtlijn een geldigheidsduur van vijf jaar. Uiterlijk in 2017 wordt bepaald of actualisering noodzakelijk is. De geldigheid van deze richtlijn verloopt eerder indien resultaten uit wetenschappelijk onderzoek of nieuwe ontwikkelingen een eerdere aanpassing vereisen.

Belangenverstrengeling

De leden van de expertgroep hebben verklaard in de laatste vijf jaar (tot op heden) geen inhoudelijke relatie of bemoeienis te hebben gehad met bedrijven of organisaties die op enigerlei wijze zijn verbonden aan het onderwerp van de onderhavige 'Multidisciplinaire Richtlijn signalering van en verwijzing bij een niet-scrotale testis', waardoor een belangenconflict zou kunnen ontstaan met de werkzaamheden in de expertgroep.

BIJLAGE 2A. PROJECT BESLISSINGSANALYSE EN EXPERTBIJEENKOMST. KORTE SAMENVATTING VAN DE RESULTATEN.

In een beslissingsanalyse wordt het te analyseren probleem (in dit geval de behandeling bij NST) in deelproblemen opgedeeld en vervolgens met behulp van beschikbare kennis geanalyseerd. In het beslistkundige model werden de gevolgen op het gebied van vruchtbaarheid, maligniteit, cosmetisch resultaat en complicaties van de operatie meegenomen. Daar waar geen wetenschappelijk bewijs voorhanden was, werden data aangevuld met behulp van expert-opinie. Tevens werden de waarderingen van de algemene bevolking in het model betrokken door middel van vragenlijstonderzoek. Ook de kosten werden in het model opgenomen.

De volgende conclusies werden getrokken:

- Bij aangeboren unilaterale NST (palpabel en niet-palpabel) levert opereren minder verlies in voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren (QALY-verlies) op dan niet opereren. Dit wordt veroorzaakt door het hogere percentage patiënten met een afwijkend aspect scrotum (veroorzaakt door een leeg scrotum).
- Bij aangeboren bilaterale NST (palpabel en niet-palpabel) levert opereren minder verlies in voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren (QALY-verlies) op dan niet opereren. Dit wordt veroorzaakt door het hogere percentage patiënten met geen vaderschap bij niet opereren ten opzichte van bij wel opereren en het hogere percentage afwijkend aspect scrotum.
- Bij verworven unilaterale NST (palpabel en niet-palpabel) levert opereren bij diagnose minder verlies in voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren (QALY-verlies) op dan later of niet opereren. Dit wordt veroorzaakt door het hogere percentage patiënten met afwijkend aspect scrotum bij later of niet opereren ten opzichte van bij diagnose opereren.
- Bij verworven bilaterale NST (palpabel en niet-palpabel) levert opereren bij diagnose minder verlies in voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren (QALY-verlies) op dan later of niet opereren. Dit wordt veroorzaakt door het hogere percentage patiënten met afwijkend aspect scrotum bij later of niet opereren ten opzichte van bij diagnose opereren. Daarentegen is er bij later opereren een lager percentage complicaties en een lagere kans op heroperaties, omdat in een deel van de gevallen inmiddels indaling heeft plaatsgevonden. Daarnaast geldt voor opereren een hogere kans op vaderschap.

Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat opereren van unilaterale NST, zowel aangeboren als verworven, op een cosmetisch effect na, geen extra voordelen heeft boven niet opereren. Daarom zou het advies bij unilaterale NST gebaseerd op de analyse zijn: voorlichten van ouders/patiënt en gezamenlijk beleid bepalen (opereren, afwachten of geen operatie).

Voor bilaterale NST geeft de beslissingsanalyse aan dat er een hogere kans op vaderschap is bij wel opereren. Voor verworven bilaterale NST is het moment van operatie afhankelijk van de voorkeuren van ouders/patiënt. Direct opereren bij diagnose heeft als voordeel dat er geen QALY-verlies is ten gevolge van een afwijkend aspect scrotum. Bij opereren op een later moment is dit er wel, maar is er de mogelijkheid dat een operatie niet meer nodig is vanwege indaling.

Op grond van de expertbijeenkomst (februari 2012) is gekomen tot een vertaling naar de praktijk, waarbij de volgende aanbevelingen afwijken van bovenstaande uitkomsten.

Bij aangeboren unilaterale NST en verworven unilaterale NST zijn de belangrijkste argumenten om wel te opereren:

- Het testikel is een reserveorgaan en heeft mogelijk herstelpotentie.
- De niet-ingedaalde testikel kan klachten geven in het liesgebied (pijn en risico op draaiing van de testis (torsio testis)).

Bij de aangeboren unilaterale NST vindt de operatie in principe plaats tussen de 6 en 12 maanden. Voor de verworven unilaterale NST geldt dat de behandelopties, het moment van opereren (direct opereren of gecontroleerd afwachten tot de puberteit), besproken moeten worden.

Zie voor een uitvoerige toelichting en referenties een apart document, bijlage 2b.



BIJLAGE 2B. WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING (BESLISKUNDIGE ANALYSES) EN OVERIGE OVERWEGINGEN (EXPERTBIJEEENKOMST)

Deze onderbouwing is te vinden in een apart document.



Nederlands Centrum Jeugdgezondheid

Churchillaan 11
3527 GV Utrecht

www.ncj.nl

basisdataset.ncj.nl

Colofon

Deze Richtlijn is een uitgave van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Deze Richtlijn is bestemd voor professionals en andere betrokkenen bij de organisatie en uitvoering van de zorg in de sectoren van de autoriserende partijen.

NCJ, december 2012