



Orchidopexie bij kinderen

Deze folder geeft u een overzicht van de afwijking en behandeling van de niet in de balzak (scrotum) ingedaalde zaadbal (testis) bij uw zoon. Het is goed u te realiseren dat voor u persoonlijk de situatie anders kan zijn dan beschreven.

Wat is er aan de hand?

De testikel bevindt zich niet in het scrotum en kan daar ook niet door uitwendige massage in worden gebracht. Deze situatie is ongewenst omdat daardoor de normale ontwikkeling van de zaadbal wordt bedreigd en daarmee de productie van zaadcellen en mannelijke geslachtshormonen. Van alle geboren jongens hebben er vier à zeven per duizend één of twee niet ingedaalde zaadballen.

Oorzaak

Tijdens de zwangerschap ontstaat al in een vroeg stadium in het liesgebied van de foetus een uitstulping van het buikvlies via de buikwand (het lieskanaal). Bij jongetjes zullen hierlangs in een latere fase de zaadbal en de zaadstreng vanuit de buik indalen naar het scrotum (balzak). Deze indaling kan op verschillende niveaus stagneren. De (eventuele) behandeling is afhankelijk van de mate waarin de zaadbal is ingedaald. Onderscheiden kunnen worden:

Retractiele testis

Hierbij is de zaadbal in feite normaal ingedaald in het scrotum maar wordt door spierwerking eruit getrokken tot hoog in het lieskanaal. De zaadbal is wel in het scrotum te masseren en blijft daar dan ook spontaan liggen totdat de spieren zich weer aanspannen.

Retentio testis

Hierbij ligt de zaadbal wel ergens in het normale indalingstraject, maar kan meestal niet in het scrotum gemasseerd worden. Soms lukt het wel maar de zaadbal blijft nooit spontaan in het scrotum liggen.

Ectopische testis

Hierbij is de zaadbal ook nog buiten het normale indalingstraject gelegen.

Cryptorchisme

Hierbij is de zaadbal helemaal niet te ontdekken.

De retractiele testis behoeft geen behandeling. Bij de retentio testis en de ectopische testis is een operatie de enige behandeling. Deze operaties worden ook wel een orchidopexie en orchidofuniculolysis genoemd.



Bij cryptorchisme moet eerst nader onderzoek plaatsvinden. Komt het eenzijdig voor, dan wordt met een kijkoperatie (laparoscopie) gekeken of de zaadbal aanwezig is en zo ja, waar die niet ingedaalde zaadbal ligt. Komt het beiderzijds voor, dan is nader onderzoek (hormoononderzoek) nodig om te kijken of er wel een zaadbal aanwezig is.

Het moment van de operatie

Dit is uiteraard afhankelijk van het tijdstip waarop de afwijking wordt ontdekt. Indien dit gebeurt voor het einde van het tweede levensjaar, wordt algemeen aangeraden de operatie aan het einde van het tweede levensjaar te verrichten. Dit ondanks het feit dat er geen goede bewijzen zijn dat het een beter resultaat zou geven, en ondanks het feit dat de discussie over de voors en tegens van de vroege operatie nog niet is gesloten. Wanneer de diagnose later wordt gesteld, zijn er weinig argumenten om tot directe behandeling over te gaan. Het tijdstip kan aangepast worden aan de persoonlijke omstandigheden. Het is bij de behandeling van belang dat de chirurg de voorgeschiedenis nauwkeurig kent met betrekking tot de lokalisatie van de testikels. Het is verstandig de gegevens van het consultatiebureau en eventueel de schoolartsdienst op te vragen.

De operatie (orchidopexie of orchidofuniculolysis)

De operatie wordt verricht onder algehele anesthesie (narcose) in dagbehandeling of in een kortdurende opname. Bij de retentio testis en de ectopia testis wordt via een sneetje in de lies de zaadbal met zaadleider opgezocht en vrijgemaakt. Via een sneetje onder in de balzak wordt de zaadbal naar beneden gehaald.

Mogelijke complicaties

Geen enkele operatie is zonder risico's. Zo is ook bij deze operatie de normale kans aanwezig op complicaties zoals nabloeding, wondinfectie, trombose of longontsteking. Er zijn vroege en late complicaties. Tot de vroege complicaties horen eigenlijk alleen de problemen met de wondgenezing en bloeduitstortingen in het operatiegebied. De late complicaties kunnen zijn een onbevredigend cosmetisch resultaat, toch een uitblijven van de normale ontwikkeling van de zaadbal en eventueel beschadiging van de structuur in de zaadstreng.

Na de operatie

Wondverzorging

De hechtingen hoeven niet te worden verwijderd omdat deze aan de binnenkant van de huid zijn gelegd en vanzelf oplossen. Na de operatie zit er een pleister op de lieswond, die dagelijks verschoond moet worden. Onder in de balzak is een klein wondje aanwezig waar geen pleister op zit. Uw zoon mag de dag ná de operatie gewoon onder de douche. De pleister gaat er daarna gemakkelijk af. Laat de natte pleister niet op de wond zitten, zodat de wond droog gehouden kan worden. Ziet de wond na 2 tot 3 dagen er mooi en droog uit, dan is geen pleister meer nodig. Na één week mag uw zoon weer in bad. Bij luierkinderen moet de luier regelmatig worden verschoond om langdurig contact met urine of ontlasting te voorkomen.



Pijn

Uw zoon kan de eerste dagen na de operatie pijn hebben en minder actief zijn dan anders. U wordt geadviseerd om uw zoon op de dag van de operatie en de dag erna elke 6 à 8 uur één (kinder)-paracetamol te geven met een maximum van 5 keer verdeeld over 24 uur. Dit geeft u ook als u denkt dat hij geen pijn heeft. Vanaf de tweede dag na de operatie geeft u uw zoon alleen een pijnstiller als hij pijn heeft. (Kinder)paracetamol is zonder recept te koop bij de apotheek of drogist en kunt u krijgen als zetpil, tablet of drankje. Volg de instructies die in de bijsluiter beschreven zijn.

Eten en drinken

Het is mogelijk dat uw zoon door de narcose eerst wat misselijk is. Hij kan dan het beste eerst alleen een beetje drinken. Later, als alles goed gaat, wil hij spontaan meer drinken en eten. Eten en drinken kunt u geleidelijk uitbreiden totdat hij weer normaal eet en drinkt. Het kan zijn dat hij een keer moet overgeven. Een paar keer overgeven is niet erg.

Activiteiten

Kinderen geven in het algemeen prima zelf aan wat ze wel en niet kunnen. Uw zoon hoeft niet in bed te blijven. De eerste twee weken kan hij beter niet fietsen, zwemmen of sporten. Dit betekent dus ook dat hij niet mee kan doen aan gymnastiek op school. Ook spelen in het zand of de zandbak wordt afgeraden. Lopen gaat zonder problemen. Als uw zoon fit genoeg is, kan hij na ongeveer één week weer naar school.

Contact opnemen

Neem contact op met de huisarts of behandelend arts als:

- uw kind thuis hoger dan 38,5°C koorts krijgt (een geringe verhoging is een normale reactie);
- het wondje gaat nabloeden;
- het wondje rood en gezwollen is;
- uw kind blijft braken;
- als de pijnstillers onvoldoende werken of de pijn toeneemt.

Ontslag

De operatie vindt plaats in dagbehandeling. Als uw kind goed wakker is, wat heeft gegeten en gedronken en heeft geplast, mag hij/zij naar huis. Dit is ter beoordeling van de verpleegkundige en arts. Bij ontslag van uw zoon krijgt u een afsprakenkaart mee voor poliklinische controle bij de behandelend specialist. Meestal is de afspraak al gemaakt via de verpleegkundige op de afdeling.

Vragen?

Heeft u nog vragen, stel ze gerust aan uw behandelend arts of huisarts. Wanneer zich **thuis na de operatie** problemen voordoen, neem dan contact op met de huisarts of met de polikliniek Chirurgie.



Bereikbaarheid

Polikliniek chirurgie is bereikbaar:

Gelre ziekenhuizen Apeldoorn

- maandag t/m vrijdag 8.30 – 16.30 uur
- tel: 055 - 581 81 20
- Bij spoed buiten kantooruren verpleegafdeling: 055 – 8446398 (volwassenen)
055– 8446204 (kinderen)

Gelre ziekenhuizen Zutphen

- maandag t/m vrijdag 8.30 – 16.30 uur
- tel: 0575 - 592 818



Patiënteninformatie wordt met de grootste zorg samengesteld. Het betreft algemene informatie. U kunt aan deze uitgave geen rechten ontlenen.
© Gelre ziekenhuizen
www.gelreziekenhuizen.nl