

Welk beleid moeten we voeren bij een volumeverschil tussen beide teelballen?

Beide teelballen zijn niet altijd even groot. Het volumeverschil is doorgaans beperkt : het gaat dan om één volumeverschil op de orchidometer (vb. rechts 8ml, links 6ml).

Een (klein of groter) volumeverschil wordt soms verklaard door een varicocoele, verantwoordelijk voor een zekere mate van hypotrofie van de teelbal. Chirurgie op een cryptorchiede teelbal kan ook oorzaak zijn van hypotrofie.

- **Indien het volume van de linker teelbal verschillend is van de rechter, zal dit in het dossier worden genoteerd.**
- **Wanneer er een verschil is van meer dan één volume op de orchidometer, wordt verwijzing geadviseerd (*).**

In het kader van de groeistudie werd geadviseerd het volume van de rechter teelbal te onderzoeken. Dit volume bepaalt de T-score tenzij er uit de anamnese een verklaring blijkt voor een kleinere (hypotrofe) rechter teelbal (cf. supra). In dat geval zal de linker teelbal beter correleren met de werkelijke pubertaire status.

De schoolarts zal in ieder geval de aanwezigheid en het volume van **beide** teelballen controleren. Bij de beoordeling van de pubertaire status moet steeds het teelbalvolume getoetst worden aan de ontwikkeling van penis en scrotum. Dit laat toe om discrepanties vast te stellen. (zie ook Standaard deel 1, p. 21 – 23)

Bilateraal kleine testes gecombineerd met penisgroei en ontwikkeling van het scrotum moet aan Klinefelter syndroom doen denken.

- **Een discrepancie tussen het testisvolume en de ontwikkelingsgraad van penis en scrotum (G-score) zijn steeds reden tot verwijzing.**

Let op!

(*) Het correct inschatten en scoren van het teelbalvolume is bijzonder moeilijk!

Om tot een betrouwbare score te komen moet de teelbal manueel goed worden geïsoleerd van de omringende scrotale weefsels en structuren. Hierbij wordt gedacht aan de bijbal, een eventuele varicocoele, een scrotale liesbreuk, een hydrocoels, een tumor,..

Voor nuttige bijkomende informatie:

'VARICOCOELE BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN: BEHANDELING OF NIET'

W. Oosterlinck, P. Hoebeke

Tijdschrift voor geneeskunde, 1997, 53, nr6:389-391

'Varicocoele bij kinderen en adolescenten: behandeling of niet'

W. Oosterlinck, P. Hoebeke

Tijdschrift voor geneeskunde, 1997, 53, nr6:389-391

Hieronder worden enkele kernboodschappen uit het artikel gelicht, die relevant zijn in het kader van de medische consulten.

- Varicocoele komt zelden voor bij kinderen.
- De frequentie van voorkomen neemt progressief toe vanaf de puberteit tot aan de geslachtsrijpe leeftijd. Bij 8 tot 16% van de volwassen mannen wordt een varicocoele vastgesteld.
- Een varicocoele betreft doorgaans de linker teelbal maar in 10% van de gevallen komt het bilateraal voor.
- De complicaties zijn: hypotrofie, eventueel evoluerend naar atrofie, verweking van de teelbal, daling van de spermakwaliteit, zowel wat het aantal als de beweeglijkheid van de spermatozoa betreft.
- Na behandeling verdwijnt meestal de hypotrofie en verbetert de zaadkwaliteit.

Er loopt een wetenschappelijke discussie over het effect van de varicocoelebehandeling op de testes. Er zijn twee goed uitgevoerde gerandomiseerde prospectieve studies die geen gunstig resultaat kunnen aantonen van de behandeling. Omdat het aantal publicaties over het gunstig effect van de behandeling ruim overweegt, zijn er nog steeds voldoende argumenten om deze te verantwoorden.

Volgende indicaties tot behandeling gelden:

- Een varicocoele prepubertair omdat de teelballen nog moeten groeien.
- Varicocoele graad II[♥]
- Testishypotrofie. Dit is een verschil van ≥ 2 ml (tot een volume van 15 ml)
- Testishypotrofie en verweking van de teelbal.

♥ Varicocoele graad I: De veneuze plexus is slechts te palperen bij het Valsalva-manoeuvre

Varicocoele graad II: De veneuze plexus kan zonder het Valsalva-manoeuvre worden gepalpeerd in staande houding

Varicocoele graad III: De veneuze plexus is overduidelijk zichtbaar

Wanneer op het einde van de puberteit uit semenonderzoek een goede spermakwaliteit blijkt, kan een afwachtende houding worden aangenomen.

De behandelingsmethoden:

- Operatie volgens Palomo met afbinden van de ganse vaatsteel ter hoogte van het peritoneum.
Bij 8% van de ingrepen ontwikkelt zich postoperatief een hydrocoele.
Wegens een te hoog risico voor een preventieve ingreep, af te raden.
- Laparoscopische microchirurgie waarbij arterie en lymfevaten worden gespaard.
Wegens reëel risico op hydrocoele postoperatief, af te raden.
- Selectieve embolisatie van de vena spermatica onder flebografische controle.
Dit is een aan te bevelen methode.
- Antegrade sclerosering. Omdat scleroserende agentia minder effectief zijn dan de embolisatietechnieken, is de lange termijn uitkomst nog onvoldoende bekend.