

---

## GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

### orchidopexie (ingreep voor niet-ingedaalde teelbal)

Geachte patiënt, beste ouders,

Deze informatiebrochure werd geschreven door de Belgische Associatie van Urologie (BAU) en dankzij het Verbond der Belgische Beroepsvereniging van Geneesheer-Specialisten (VBS-GBS).

Ze is bestemd voor patiënten en gezondheidswerkers en heeft tot doel u te informeren over uw behandeling, frequente bijwerkingen en de meest voorkomende of ernstige complicaties die eruit kunnen ontstaan. Deze brochure is niet allesomvattend en/of exhaustief en is gebaseerd op de huidige stand van de medische wetenschap en op de toepasselijke medical guidelines omtrent een orchidopexie. Tijdens de consultatie met de behandelende arts zal u, voor zover dit nodig is, bijkomende relevante informatie worden meegedeeld.

In dit deel van de brochure vindt u algemene informatie over de orchidopexie.

Een tweede, aparte deel omvat het concrete informatie-en toestemmingsformulier<sup>®</sup> dat u moet ondertekenen alvorens de behandeling kan worden uitgevoerd.

#### Algemene informatie over de orchidopexie

##### **1) Behandeling van niet-ingedaalde teelbal (cryptorchidie) d.m.v. een orchidopexie**

Tijdens de embryologische ontwikkeling (in de baarmoeder) dalen de teelballen bij jongens vanuit de buik naar de balzak (scrotum). De teelballen liggen in de balzak omdat de temperatuur daar iets lager is dan de lichaamstemperatuur. Dit is noodzakelijk voor een normale ontwikkeling van de teelbal en de vruchtbaarheid.

Als een teelbal te hoog gelegen is, kan deze soms nog indalen tijdens het eerste levensjaar. Als een teelbal niet op tijd is ingedaald (cryptorchidie), wordt er een ingreep voorgesteld om deze in de balzak te brengen. Als dit namelijk niet gebeurt, bestaat er een verhoogde kans op verminderde vruchtbaarheid en op een slechte ontwikkeling van de teelbal. Er bestaat ook een iets hogere kans op het ontstaan van kwaadaardigheid in een niet-ingedaalde teelbal. Bovendien kan een gezwel in de teelbal moeilijker worden vastgesteld, doordat dit moeilijker of helemaal niet te voelen is door de hoge ligging van de teelbal.

Soms bevinden de teelballen zich wel in de balzak, maar springen ze bij de minste spanning of koude naar de liesstreek: de cremasterspieren trekken de teelbal omhoog naar de lies; er is dan een (te) sterke cremasterreflex. We spreken van retractiele teelballen. Door de lengtegroei is het soms mogelijk dat deze teelballen na verloop van tijd niet meer in het scrotum (balzak) aanwezig blijven: dit zijn ascending (opstijgende) teelballen. De cremasterspieren zijn dan te kort geworden. Ook hier kan een orchidopexie aangewezen zijn.

Cryptorchidie kan gepaard gaan met een hydrocele communicans of blijvende verbinding met de buikholte, wat tijdens de ingreep wordt vastgesteld en op dat ogenblik ook wordt opgelost.

## 2) Techniek

Er wordt een insnijding gemaakt ter hoogte van de liesstreek. De niet-ingedaalde teelbal bevindt zich dikwijls ter hoogte van het lieskanaal. De teelbal wordt voorzichtig vrijgemaakt. Hierbij moeten de cremasterspieren worden doorgesneden (ze hebben geen belangrijke functie). Dan worden de zaadstreng en de bloedvaten die naar de teelbal lopen, voorzichtig vrijgemaakt.

Soms is er een verbinding van het buikvlies naar het vlies rond de teelbal: hydrocele communicans. In dit geval wordt deze verbinding doorgesneden en afgebonden in het lieskanaal, zodat de breuk ook wordt behandeld. Via een kleine insnijding in de balzak kan de teelbal worden gefixeerd.

Soms zijn de zaadstreng of de bloedvaten zo kort dat de teelbal toch niet in de balzak kan worden gebracht. In dit geval kan het nodig zijn om een ingreep in twee tijden uit te voeren. De teelbal wordt gefixeerd op een zo laag mogelijke plaats en minstens zes maanden later wordt een tweede ingreep uitgevoerd. Het is niet altijd mogelijk om de teelbal dan volledig in de balzak te brengen. Bij erg hoog gelegen teelballen, bijv. in de buikholte boven het lieskanaal, is het soms nodig om bloedvaten door te knippen. De teelbal moet dan overleven op de bloedvaten die op de zaadstreng verlopen. Er is dan steeds een tweede ingreep nodig. Men hoopt dat deze kleinere bloedvaten zich ondertussen verder hebben ontwikkeld om de teelbal te kunnen doen overleven. Als de teelbal toch veel te klein wordt, wordt hij weggenomen.

Soms wordt er slechts een minderwaardig aangelegde, zeer kleine teelbal gevonden: deze wordt best weggenomen omwille van het risico op kwaadaardige ontwikkeling of omdat antistoffen tegen deze teelbal ook de andere teelbal kunnen aantasten. Later, wanneer de patiënt is volgroeid, kan eventueel een teelbalprothese worden geplaatst.

Het is mogelijk dat er voor of tijdens de operatie geen teelbal kan worden gevonden in de liesstreek. In dat geval kan de arts soms beslissen om een kijkoperatie uit te voeren (laparoscopie). Hierbij wordt een kleine opening in de navel gemaakt om een camera te kunnen plaatsen in de buikholte. Deze holte wordt dan opgeblazen met CO<sub>2</sub>-gas om werkruimte te creëren. Er worden nog twee of drie kleine insnijdingen gemaakt in de buikwand om met instrumentjes de teelbal te zoeken in de buikholte. Als een voldoende ontwikkelde teelbal wordt gevonden, kan deze vrijgemaakt worden en in een of twee operaties naar de balzak worden gebracht. Als de teelbal minderwaardig is, wordt hij best weggenomen. De huidinsnijdingen zijn na ongeveer tien dagen genezen. De gebruikte hechtingen zijn meestal resorbeerbaar en zitten dikwijls net onder de huid (ze zijn na 3-6 weken opgelost).

De operatie verloopt meestal zonder incidenten en leidt in de meeste gevallen tot een goed cosmetisch resultaat. Bij een tijdige interventie (voor de leeftijd van 2 jaar) worden gunstige effecten op de vruchtbaarheid en op het risico op latere kwaadaardigheid vastgesteld (betere vruchtbaarheid en lager risico).

## 3) Risico's en mogelijke complicaties

Hieronder vindt u een niet-exhaustieve lijst van algemene en specifieke complicaties, samen met de frequentie waarmee deze optreden:

- (a): frequent: >15%
- (b): occasioneel: 5-15%
- (c): zeldzaam: 1-5%
- (d): zeer zeldzaam: <1%

## Tijdens de operatie

- Elke ingreep, hoe klein ook, houdt risico's in die soms onvoorspelbaar en uitzonderlijk zijn, maar mogelijk ernstig (hartaanval, diepe veneuze trombose, longembolie, anafylactische shock op allergie, bloeding, overlijden, verlies van het te opereren orgaan ....). Dit gebeurt gelukkig uiterst zelden.
- Ernstige complicaties van vitale organen (hart, bloedsomloop, longen, nieren) en/of blijvende schade (zoals orgaanfalen, verlamming) zijn zeer zeldzaam.
- Zeer zelden kan de ingreep niet worden uitgevoerd omdat er zich een ernstige complicatie voordoet en de operatie moet worden stopgezet.
- Zeer zelden kan het nodig zijn om bijkomende handelingen te verrichten om problemen die zich tijdens de ingreep voordoen te behandelen. Daarom dient u uw akkoord te geven dat, indien uw behandelende arts dit nodig of raadzaam acht, er bijkomende handelingen worden gesteld om onverwachte problemen op te lossen.
- Ook voorbereidende, begeleidende of latere acties zijn niet geheel vrij van risico's. Zo kunnen bijvoorbeeld infusies of injecties problemen veroorzaken, zoals spuitabscessen, lokale weefselbeschadiging (necrose) en/of veneuze irritatie, dermatitis. Deze zijn meestal van voorbijgaande aard. Ze leiden zeer zelden tot permanente schade aan de zenuwen (pijn, verlamming).
- Bij het vrijmaken van de teelbal van de bloedvaten en zaadstreng ervan kan in zeer zeldzame gevallen schade aan deze bloedvaten of zaadstreng ontstaan. In dit geval is het mogelijk dat de teelbal toch verder achterblijft in groei, of dat deze afsterft, of dat er geen zaadcellen uit de teelbal meer kunnen komen bij een zaadlozing.
- Bij een kijkoperatie (laparoscopie) kan in zeer zeldzame gevallen schade aan organen in de buik ontstaan, zoals aan grote bloedvaten, darmen of blaas. Dit kan gepaard gaan met een infectie in de buikholte of met aanzienlijk bloedverlies waarvoor transfusie nodig kan zijn. Zelfs al wordt alle getransfundeerde bloed steeds getest, toch is het niet 100% uit te sluiten dat er overdracht kan plaatsvinden van een besmettelijke ziekte (HIV, hepatitis,...). Zeer zelden kan het nodig zijn om een insnijding in de buik te maken om schade aan de buikorganen te herstellen. Zeer zelden wordt deze schade pas later ontdekt en moet een extra ingreep worden uitgevoerd om dit te herstellen.
- Na een kijkoperatie is het in zeldzame gevallen mogelijk dat de darmen niet onmiddellijk functioneren; ze zijn tijdelijk verlamd. Dit kan gepaard gaan met een opgezette buik en braken.

## 4) Na de operatie

- Lokale zwelling is volstrekt normaal (voornamelijk ter hoogte van het scrotum) en resorbeert spontaan na enkele dagen. Zeer zelden zal er een blauwe plek (hematoom) ontstaan die dient te worden gedraineerd via een kleine incisie.
- Een lokale bloeding is ook tijdens de dagen die volgen op de operatie nog mogelijk. Zo nodig kan deze worden afgedrukt met een kompres. Indien de bloeding blijft bestaan, raadpleegt u best een arts.
- Wondinfecties kunnen het genezingsproces aanzienlijk vertragen. Het risico op een infectie is occasioneel tot zeldzaam. Dit treedt voornamelijk op als er vooraf al een infectie was. Regelmatig ontsmetten is nodig. Enkele dagen antibiotica zijn zelden nodig.
- In zeldzame gevallen ontstaat er een minder esthetisch litteken. Dit heeft veel te maken met persoonlijke aanleg (bv. keloidvorming).
- Allergie of overgevoeligheid (bijv. aan medicatie, pijnstillers, verdovingsmiddelen, ontsmettingsmiddelen, latex) kan tijdelijk zwelling, jeuk, niezen, huiduitslag, duizeligheid of braken en andere reacties veroorzaken. Ernstige complicaties van vitale organen (hart, bloedsomloop, longen, nieren) en/of blijvende schade (zoals orgaanfalen, verlamming) zijn zeer zeldzaam.
- Een luchtweginfectie kan in zeldzame gevallen voorkomen; de kans is groter na algemene verdoving en bij rokers.
- Ook voorbereidende, begeleidende of latere acties zijn niet geheel vrij van risico's. Zo kunnen infusies

of injecties bijvoorbeeld problemen veroorzaken, zoals spuitabscessen, lokale weefselbeschadiging (necrose) en/of veneuze irritatie, dermatitis. Deze zijn meestal van voorbijgaande aard. Zeer zelden kunnen deze leiden tot permanente schade aan de zenuwen (pijn, verlamming).

- Pijn: de ingreep vereist geen grote insnijdingen of traumatische acties, de pijn is meestal gering en blijft beperkt tot een paar dagen na de operatie. Een klassieke pijnstillers kan dan worden ingenomen.
- Zoals hoger reeds is besproken, kan er in zeer zeldzame gevallen schade ontstaan aan de bloedvaten van de teelbal. De teelbal kan afsterven of geleidelijk atrofiëren (zeer klein en minderwaardig worden). In dat geval moet de teelbal soms worden weggenomen tijdens een bijkomende ingreep.
- Er kan in zeer zeldzame gevallen ook schade aan de zaadstreng ontstaan, wat kan leiden tot een verminderde vruchtbaarheid.
- De teelbal kan in zeldzame gevallen na de operatie opnieuw naar de liesstreek migreren, in welk geval dan een nieuwe ingreep nodig is om dit probleem op te lossen.

### 5) Voorbereiding voor de operatie

- Voor de procedure: Laat ons weten welke medicijnen uw kind gebruikt. De behandelende arts zal beslissen of en wanneer het gebruik van deze middelen moet worden gestaakt en worden vervangen door andere middelen, waaronder met name antistollingsgeneesmiddelen.
- Vertel ook aan uw arts welke operaties en ziektes uw kind reeds heeft doorgemaakt, welke eventuele complicaties er waren opgetreden en of uw kind allergisch is voor bepaalde stoffen.
- De keuze van verdoving: plaatselijke verdoving, regionale verdoving (alleen het onderlichaam is verdoofd) of algemene verdoving (u slaapt volledig) wordt mede bepaald door de chirurg en de anesthesist op basis van de persoonlijke voorgeschiedenis. Bij kinderen betreft het bijna steeds een algemene verdoving. Uw kind dient nuchter te zijn op de dag van de operatie.
- Indien gewenst kunt u met de facturatedienst van het ziekenhuis contact opnemen om de kostprijs van de ziekenhuisopname te kunnen inschatten.
- Specifieke anesthesiologische aspecten en risico's kunnen met de anesthesist worden besproken. Het is mogelijk dat een andere chirurg, die de noodzakelijke capaciteiten heeft, de ingreep zal uitvoeren.

### 6) Nazorg na de operatie

- Na de operatie is er geen strikte bedrust nodig.
- De wonde wordt meestal gesloten met hechtingen die vanzelf oplossen.
- Dagelijkse wondcontrole is nodig. Bij problemen dient u meteen uw arts te raadplegen.
- Dikwijls zijn er waterdichte kleefverbandjes aangebracht die pas na 10 dagen moeten worden verwijderd en waarmee kort douchen of baden is toegelaten vanaf 48 uur na de ingreep.
- Om zwelling te voorkomen of te verminderen, is het aangeraden om gedurende enkele dagen een strakke onderbroek te dragen.
- Als de operatie ambulantly wordt uitgevoerd, dient uw zoon te worden opgehaald door een volwassen begeleider, omdat de alertheid van uw zoon door de verdoving en/of pijnstillers kan zijn verminderd. We zullen u zeggen wanneer uw zoon weer actief kan deelnemen aan het wegverkeer. Uw zoon dient ook te vermijden om alcohol te drinken of belangrijke beslissingen te nemen in deze periode.
- De procedure is meestal pijnloos. Pijnstilling zal indien nodig intraveneus of oraal worden toegediend.
- De ziekenhuisopname bedraagt meestal een paar uur tot 48 uur.
- Sporten (ook zwemmen) wordt afgeraden gedurende minstens 2 weken.
- Uw zoon kan vaak opnieuw naar school vanaf 2 of 3 dagen na de ingreep.

### 7) Bij welke signalen dient u uw arts te raadplegen tijdens het herstel?

In geval van moeilijk urineren, hoge koorts (boven 38 °C), bloeden, pijn.

---

## 8) Wat zijn de gevolgen van de interventie?

Deze techniek die wordt uitgevoerd, is een standaardinterventie. Zoals bij elke ingreep kunnen er zich echter soms bepaalde complicaties voordoen, zoals hierboven beschreven.

## 9) Daarna

Meestal worden één of meer controles aangeraden na de ingreep.  
Uw uroloog staat steeds tot uw beschikking voor alle verdere informatie.

## Algemeen

Als patiënt hebt u recht op volledige informatie over uw medisch probleem en over de aanbevolen chirurgische ingrepen.

Dit formulier wordt u meegegeven tijdens de raadpleging bij uw behandelende arts waar u, indien nodig, aanvullende informatie krijgt.

Deze informatie is niet bedoeld om u te verontrusten, maar om u voldoende te informeren, zodat u kunt beslissen of u deze ingreep al dan niet wenst te laten uitvoeren/ondergaan.  
Uw uroloog staat steeds tot uw beschikking voor alle verdere informatie.