

TESTIKULÆRT SMERTESYNDROM

DEFINITION

Testikulært smertesyndrom betegner smerter, der opleves og vurderes at stamme fra testiklerne uden kendt underliggende patologi. Symptomerne skal have været til stede, enten konstant eller episodevis, i mindst 3 måneder. Betegnelsen er indført for at anerkende og understrege tilstandens negative kognitive, adfærdsmæssige, seksuelle, følelsesmæssige og relationelle konsekvenser. Den erstatter det tidligere brugte ord testodyni. For praktiske formål behandles testikulære smerter og smerter lokaliseret til epididymis sammen i denne instruks, idet afgrænsningen er vanskelig, og idet behandlingerne er overlappende. Smerter efter vasktomi og efter hernie-operation inkluderes også.

Det kan være vanskeligt at finde årsagen til kroniske smerter og de er i nogle tilfælde et resultat af CNS modulation, muligvis efter et initialt perifært smertestimulus. Det kan derfor være fristende at kategorisere smerterne som psykogene. Dette er dog hverken rimeligt eller formålstjenstligt. Tværtimod er det væsentligt, at patientens oplevelse af situationen respekteres, og at den subjektive oplevelse af smerte tages alvorligt.

UDREDNING

Udredningen fokuserer først og fremmest på at udelukke underliggende patologi. Den inkluderer:

- **Anamnese**
 - Udvikling, varighed og tidsaspekter (konstant/cyklisk?)
 - Smertekvalitet, udbredelse og intensitet (inkl. VAS score)
 - Provokerende / lindrende faktorer?
 - Komorbiditet, medicin og misbrug
 - Tidligere traumer eller operationer (tjek patobank for tidligere vasktomi!)
 - Kognitive, adfærdsmæssige, seksuelle og følelsesmæssige konsekvenser (OBS depression!)
- **Objektivt**
 - Palpation af scrotum inkl. undersøgelse for varicocele og hernie
 - UL af scrotum. Kig efter: tumorer, hyperæmi (inflammation), hernier, fortykkelse af epididymis. Varicocele der ikke kan erkendes på den objektive undersøgelse betegnes subkliniske og forklarer ikke smerter.
 - Palpation af abdomen og nyreløjer
 - Rektaleksploration (OBS ømhed af prostata som udtryk for infektion eller ømhed af bækkenbundsmuskler som udtryk for myoser)
 - Ekstremiteter: Føleudfald i lyske eller på lår? Smerter udløst af rotation i hofte eller ved Laseque og FABER test.
- **Paraklinik**
 - Urinstix og D+R
 - MR bækken+columna ved relevant trauma eller ryg-/hofte-smerte
 - Sten CT ved mistanke om udstrålende smerte fra uretersten
 - TRUS ved mistanke om obstruktion af sædveje, hos pt. som ikke er vasktomeret

DIFFERENTIALDIAGNOSER

- Muskelsmerter fra spændt bækkenbund (Hyppigt!)
- Udstråling fra hofte- eller rygsmerter
- Indklemt nerve/neurinom i ryg, lyske eller bækken (mistænkes ved føleudfald i lyske/lår men er ikke sandsynlig ved isoleret testis/epididymis smerte)
- Epididymitis, orchitis, prostatitis
- Tumor testis (5-10% kan debutere med smerte/ubehag)
- Varicocele
- Obstruktion af sædveje, obs postvasektomi syndrom (smerter hos op til 10%)
- Spermatocele
- Hydrocele
- Hernie
- Smerter udløst af misbrug (ketamin, kokain, amfetamin)
- Smerteudstråling fra uretersten

BEHANDLING

Ved fund af bagvedliggende patologi behandles denne først. Det skal understreges at der særdeles ofte kan konstateres spændinger i bækkenbunden der enten er primær årsag til smerten eller er opstået sekundært. I disse tilfælde bør patienten tilbydes afspændende øvelser. Der forefindes liste med certificerede behandlere på www.dugof.dk/behavioraliste.

Hvis der ikke findes bagvedliggende patologi er det vigtigt, at man beroliger patienten med denne information. Det kan i sig selv have en lindrende effekt, idet angst kan reduceres og opfattelsen af smerten derved ændres. Det kan være gavnligt direkte at spørge "Hvad tror/frygter du er årsag til dine smerter?" for at kunne afkræfte en specifik frygt.

Det er væsentligt at holde sig for øje, at formålet med behandling ikke nødvendigvis er at gøre patienten smertefri, men at forbedre/optimere livskvaliteten. Derfor bør man i alle tilfælde af kroniske smerter i bækkenbund/genitalier allerede tidligt i forløbet anbefale tværfaglig håndtering i det omfang, det vurderes påkrævet. Her skal holdes særlig opmærksomhed på følgende:

- Afledte depressive symptomer og angst (psykolog/psykiater)
- Håndtering af smerter (mindfulness eller kognitiv terapi)
- Effekt på parforhold (parterapi eller evt. sexolog)
- Behandling af evt. associeret co-morbiditet inkl. seksuel dysfunktion og LUTS
- Muskelspændinger i bækkenbunden (afspændende fysioterapi)

Som behandling af smerter kan man indlede med en måneds forsøg med empirisk tamsulosin 0,4 mg x 1 samt paracetamol og NSAID. Rationalet bag tamsulosin er at afslappe den glatte muskulatur i urin- og sædveje og således give lindring. Mht. paracetamol og NSAID ordineres disse som udgangspunkt som fast medicinering efter normal standard. Man skal dog være opmærksom på mulige bivirkninger, kontraindikationer og lægemiddelinteraktioner ved NSAID inkl. udvikling af mavesår samt risiko for nyreinsufficiens. Medicinen seponeres igen ved manglende effekt efter 1 måneds behandling.

Man kan også forsøge antibiotisk behandling i 2-4 uger. Valg af præparat justeres om muligt efter dyrkning, ellers kan f.eks. behandles med ciprofloxacin. Det skal dog kraftigt understreges

at behandlingen kun bør tilbydes ved reel mistanke om underliggende kronisk infektion og at patienter skal oplyses om mulige bivirkninger inkl. achilles-sene-ruptur ved ciprofloxacinbehandling.

Den videre smertebehandling kan være vanskelig og man nøje afveje fordele og ulemper ved hvert tiltag. Det bemærkes at mindre studier har antydnet at der kan være effekt af cryoterapi eller botoxinjektioner. Dette kan overvejes i samråd med patienten i det omfang det er tilgængeligt.

Overordnet set deles patienterne i 3 kategorier:

1. Idiopatiske scrotale smerter

Her tilbydes medicinsk behandling i henhold til anbefalinger på www.pro.medicin.dk med enten:

Amitriptylin

- 10 mg dgl. om aftenen stigende med 10-25 af gangen op til max 75 mg dgl.
- Aftrapning over 4-8 uger

Gabapentin

- Dag 1: 300 mg x 1 / Dag 2: 300 mg x 2 / Dag 3: 300 mg x 3. Evt. optrapning herefter
- Aftrapning over mindst 1 uge.

Før behandlingen påbegyndes skal patienterne informeres grundigt om bivirkninger og udvikling af afhængighed ved medicinen. Det bør alvorligt overvejes om smerterne er så generende at bivirkningsprofilen er acceptabel. Som alternativ kan forsøges kognitiv terapi eller mindfulness med henblik på forbedret smertehåndtering. Hvis patienten ønsker medicinsk behandling efter grundig information bør den tilbydes. Dette kan evt. foregå i samarbejde med smerteklinik.

Hvis smerten er isoleret til epididymis kan man tilbyde epididymektomi enten efter medicinsk behandling eller som alternativ til denne. Det bør dog understreges for patienten at chancen for smertereduktion maksimalt er 50% i denne situation, og at der kan opleves forværring i smerten postoperativt. Hvis der er tale om konstant smerte skal en operation forudgås af en diagnostisk funikelblokade, som giver smertefrihed. Ved intermitterende smerter må der foretages individuel vurdering.

2. Smerter efter hernie-operation

Disse patienter bør henvises til kirurgisk afdeling mhp. vurdering af nerveafklemning eller neurinom-udvikling efter deres hernieoperation. Det vil i nogle tilfælde være muligt at resecere nerven (typisk en gren af n. genitofemoralis) proximalt for afklemningen. Dette kan potentielt fjerne smerterne. Hvis patienten tilbagehenvises til urologisk regi behandles som ved idiopatiske smerter.

3. Smerter efter vasektomi

Behandling med tricyklisk antidepressiva og gabapentin har generelt dårlig virkning på disse patienter. I stedet bør det tidligt overvejes om pt. skal tilbydes kirurgisk behandling i form af epididymektomi eller henvisning til vaso-vasostomi. Før kirurgisk behandling bør patienten dog informeres grundigt om, at der ikke er garanti for effekt, samt at der ofte kun opleves delvis smertelindring. Desuden kan man risikere smerteforværring efter operation. Operation skal altid forudgås af en diagnostisk funikelblokade, som giver smertefrihed.

Ved manglende effekt af ovenstående behandlinger bør gennemføres funikelblok i forbindelse med et ambulant besøg. Ved god effekt af dette kan – som en sidste udvej – tilbydes

orkiektomi. Ideelt set skal operationen tilbydes med inguinal adgang, hvis der ikke tidligere er gennemført hernie-operation, idet studier har vist at dette giver størst chance for smertefrihed. Der bør forinden informeres grundigt om mulige bivirkninger og komplikationer. Herunder skal det understreges at der kun forventes effekt hos ca. 50%. Ved manglende effekt af funikelblok bør orkiektomi frarådes, da der ikke kan forventes effekt af denne. Pt. bør så henvises til smerteklinik. I tilfælde hvor patienten ikke ønsker orkiektomi, eller hvor der ikke har været effekt af dette, bør ligeledes henvises til smerteklinik.