

EXAMENVRAGEN

DEEL VANDERSCHUEREN

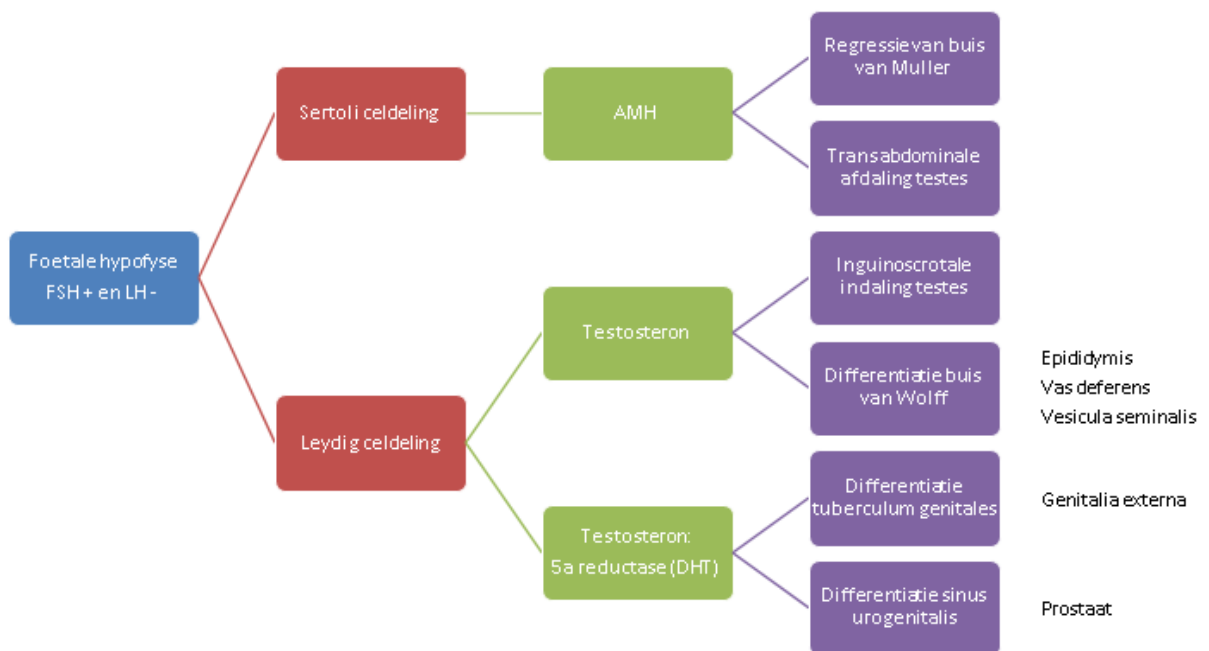
1. Hoe ontwikkelen foetale testes zich?

Genetisch

Aanwezigheid van Y-chromosoom is nodig

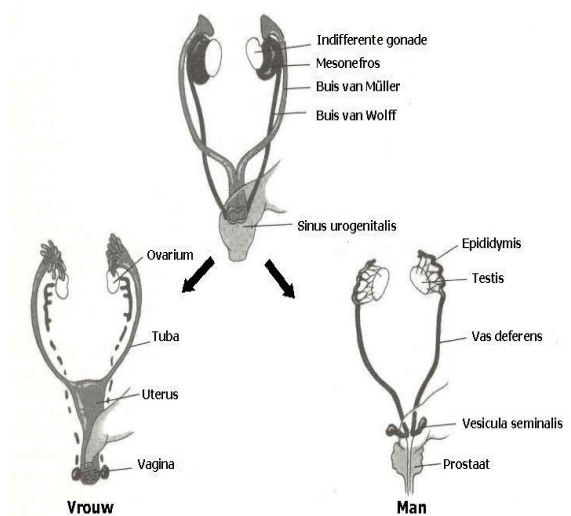
- SRY (sex determining regio)
- AZF (azoöspermie factor)

Hormonaal



Geslachtelijk

Iedereen begint vanuit een onzijdige fase, waarin we een buis van Muller (vrouwelijk systeem) en een buis van Wolff hebben. Wanneer er genotypisch een Y-chromosoom aanwezig is, gaan de Sertoli cellen in de testes AMH produceren. Hierdoor gaat de buis van Muller afsterven en gaan de testes indalen. De Leydig cellen gaan daarenboven ook testosteron produceren, waardoor de buis van Wolff blijft bestaan. Hieruit ontwikkelen zich dan de bijbal, zaadleider en zaadblaasjes. Via omzetting van testosteron tot DHT gaan zich uiteindelijk de genitalia externa en het prostaat ontwikkelen.



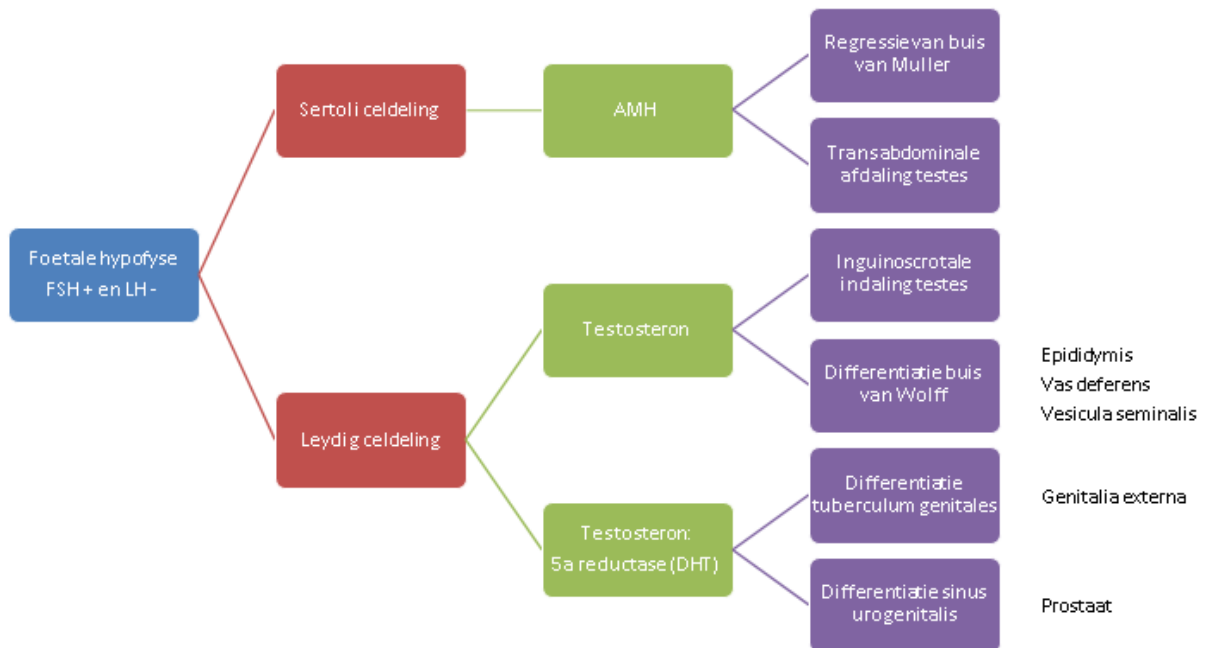
2. Hoe ontwikkelen foetale uitwendige organen zich?

Genetisch

Aanwezigheid van Y-chromosoom is nodig

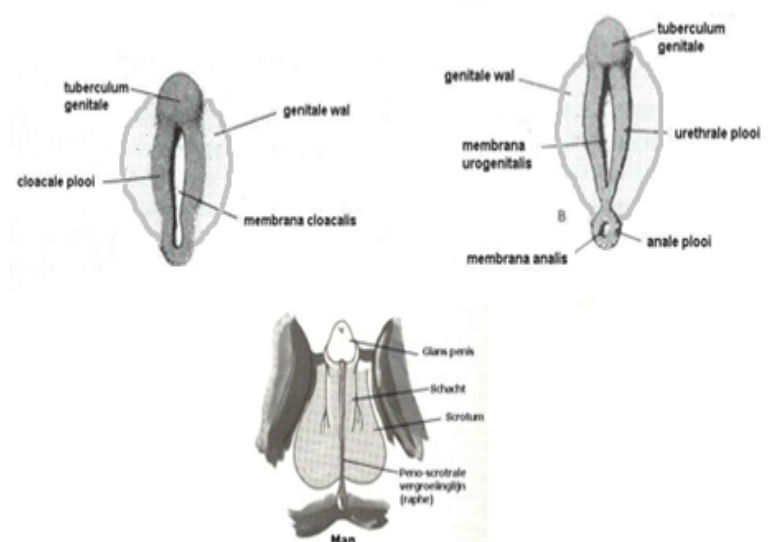
- SRY (sex determining regio)
- AZF (azoöspermie factor)

Hormonaal



Geslachtelijk

De penis zal zich vormen uit het tuberculum genitale. De 2 genitale wallen fuseren, waardoor de urethra (vanuit urogenitale wallen) en het scrotum (vanuit labioscrotale wallen) ontstaan.



3. Wat is de invloed van androgenen bij de foetus? Wat als deze androgenen afwezig zijn of verstoord worden?

Invloed

Prenataal zal testosteron ervoor zorgen dat de uitwendige en inwendige genitalia zich gaan differentiëren in mannelijke richting (zie vraag 1 + 2). Het zal er bovendien ook voor zorgen dat de testes inguïnoscrotaal gaan indalen.

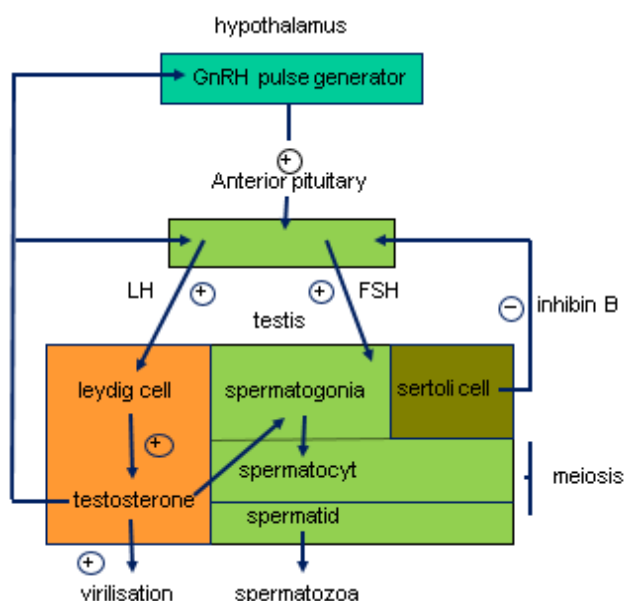
Oorzaken afwezigheid/stoornis van androgenen

- Stoornissen in geslachtsdeterminatie (stoornis XX/XY)
- Stoornissen in geslachtsdifferentiatie (stoornis androgeenreceptor/CAH/AMH gen)
- Stoornis in GnRH-pulsgenerator (hypothalamus)
- Stoornis in productie LH/FSH (hypofyse)

Gevolgen afwezigheid/stoornis van androgenen

- Prenataal
 - o Geen differentiatie inwendige en uitwendige geslachtsorganen
 - o Geen inguïnoscrotale afdaling van testes
- Neonataal
 - o Geen seksuele differentiatie van hersenen
- Pubertair
 - o Subfertiliteit
 - o Stoornis van anabole effecten
 - o Stoornis van secundaire geslachtskenmerken
 - o Stoornis in seksueel effect
 - o Stoornis in feedbackmechanisme
 - o Geen sluiten van groeikraakbeenschijven
- Volwassenheid
 - o Geen behoud van pubertaire effecten

4. Hoe gebeurt in de hersenen de controle van de spermatogenese en de testosteronproductie?



5. Wat is de functie van testosteron doorheen de levensloop?

Prenataal

- Differentiatie van inwendige en uitwendige geslachtsorganen
- Inguïnosrotale afdaling van testes

Neonaaal

Seksuele differentiatie van hersenen (imprinting groeipatroon)

Pubertair

- Spermatogenese
- Anabole effecten
- Secundaire geslachtskenmerken
- Seksueel effect
- Feedbackmechanisme (GnRH en gonadotrofines)(via oestrogeenreceptor)
- Sluiten van groeikraakbeenschijven (via oestrogeenreceptor)

Volwassenheid

Behoud van pubertaire effecten

6. Geef 5 stoornissen van de geslachtsdeterminatie en leg deze uit.

A) Syndroom van Turner (45XO – 46XO/XX)

- o Algemene kenmerken
 - Kleine gestalte
 - Lage haarlijn
 - Webbed neck
 - Slechte borstontwikkeling
 - Bruine plekken (nevi)
 - Abnormale huidplooien
 - Abnormale elleboogstructuren
 - Hartafwijkingen
 - Lymfoedeem
 - Infertiliteit
- o 45 XO (XX) Vrouwelijk fenotype
 - Streak gonaden
 - Restanten buis van Muller
 - Rudimentaire eierstokken
 - Primaire amenorroe
- o 45 XO (XY) Mannelijk fenotype
 - Streak gonaden
 - Restanten buis van Muller
 - (niet) ingedaalde testes
 - Hypospadie
 - Kleine fallus
 - Gynaecomastie

- B) Syndroom van Klinefelter (47 XXY) Mannelijk fenotype
- o Kleine testes
 - o Azoöspermie
 - o Gynaecomastie
 - o Geen frontale kaalheid
 - o Minder borsthaar
 - o Slechte baardgroei
 - o Vrouwelijk schaamhaar
 - o Mentale problemen
 - o Brede heupen
 - o Smalle schouders
 - o Lange armen en benen
- C) Hermafroditisme (46XX/46XY) Mannelijk en vrouwelijk fenotype
- o Ambigue genitalia (ovaria- + testesweefsel)
 - o Hypospadie
 - o Normale menstruatie
 - o Normale borstontwikkeling
- D) XX male (46 XX SRY+) Mannelijk fenotype
Stoornis in testiculaire ontwikkeling
- E) YYY male (47 XYY) Mannelijk fenotype
- o Kleine (niet ingedaalde) testes
 - o Hypospadie
 - o Forse lichaamsbouw
 - o Sociaal onaangepast
 - o Normale vruchtbaarheid

7. Wat kenmerkt een stoornis van de geslachtsdifferentiatie? Bespreek 2 van deze stoornissen.

Normale ontwikkeling van XX/XY, maar stoornis in androgeenreceptor of enzymdeficiënties.

A) Pseudohermafroditisme (XX)

Genotypische vrouw met typische kenmerken van androgenen, namelijk hirsutisme, acné en cyclusstoornissen. De foetus gaat virilisatie ondergaan. Dit komt voor bij een stoornis van de bijnier (bv. CAH) waardoor ze overactief worden en teveel androgenen gaan produceren.

B) Pseudohermafroditisme (XY)

Genotypische man met typische vrouwelijke kenmerken en ze voelen zich ook helemaal vrouw. De foetus heeft onvoldoende virilisatie gehad, waardoor er cryptorchisme is en ontbrekende vrouwelijke genitalia interna (AMH aanwezig). Kenmerken zijn een vrouwelijke habitus, overmatige borstvorming, afwezige pubis- en okselbehaarung en een blind eindigende vagina. Dit komt voor bij een stoornis in de androgeenreceptor (bv. enzymdeficiënties), waardoor het testosteron dat geproduceerd wordt zijn actie niet kan ondernemen.

8. Beschrijf het stappenplan van de klinische evaluatie van subfertiliteit bij een volwassen man.

1) Er is sprake van subfertiliteit

Man heeft onvervulde (primaire of secundaire) kinderwens sinds 1 jaar.

2) Er is bij herhaling een afwijkend spermioogram

3) Klinische evaluatie

- o Onderscheid
 - a) Pre-testiculair
 - b) Testiculair
 - c) Post-testiculair

- o Diagnose
 - Anamnese: libido – scheerfrequentie – ejaculatievolume
 - Klinisch onderzoek: testisvolume/-consistentie – scrotale inhoud – zaadblaasjes – prostaat

4) Hormonale en genetische evaluatie

Vermoeden hypogonadisme, azoöspermie of oligozoöspermie

- o DNA – microdeleties – HH-functie
- o LH – FSH – inhibine B – prolactine – testosteron

9. Welke problemen kunnen er met zaadcellen in het ejaculaat zijn?

Oligozoöspermie

(te lage concentratie (< 15 miljoen/ml))

- Rekening houden met volume
- Oorzaken
 - o Onvolledige opvang
 - o Obstructie en/of pathologie van zaadblaasjes/prostaat
 - o Testosterondeficiëntie

Asthenozoöspermie

(te lage motiliteit (< 30% progressief))

- Zeldzaam
- Oorzaak: aangeboren pathologie van trilharen

Teratozoöspermie

(te laag percentage normale morfologie (< 4%))

Licht – matig – ernstig – extreem

Oligo-astheno-teratozoöspermie

Combinatie van 3 voorgaande

Azoöspermie

(afwezigheid zaadcellen)

- Obstructief
- Niet-obstructief

Aspermie

(afwezigheid ejaculaat)

- Anejaculatie
- Retrograde ejaculatie

10. Wat is azoöspermie? Geef de diagnose en de behandeling.

Afwezigheid van zaadcellen in het ejaculaat

- Obstructief (post-testiculair)
 - o CBAVD – epididymale blockage – ductus obstructie
 - o Vasectomie – infectie – chirurgie
- Niet-obstructief ((pre)-testiculair)

Diagnose

- Anamnese (navraag verleden)
- Klinisch onderzoek (testisvolume – epididymis – vas deferens)
- Sperma-analyse (volume – pH)
- Hormonaal onderzoek (FSH – hypogonadisme)
- Genetisch onderzoek (Klinefelter – translocaties – DNA – mutaties)
- Echografie (testis – vas deferens – nieren)

Behandeling

TESE (testiculaire sperma extractie)(zie vraag 11).

11. Wat is TESE? Bespreek de resultaten.

Testiculaire sperma extractie

Dit wordt gedaan bij ernstige subfertiliteit (azoöspermie). De zaadcellen worden via aspiratie aangeprikt in de teelbal onder lokale verdoving. Vervolgens wordt aan de hand van de ICSI (zie vraag 12) de eicel bevrucht. De kans op bevruchting is hoger bij obstructieve azoöspermie.

12. Wat is ICSI? Bespreek de resultaten.

Intracytoplasmatische sperma injectie (micro-injectie van zaadcellen)

Het semen wordt via captatie opgevangen, gecentrifugeerd en vervolgens wordt één beweeglijke zaadcel met een micropipet in het cytoplasma van de eicel gebracht. Dit is mogelijk bij elke vorm van subfertiliteit, zolang er maar genoeg motiliteit van de zaadcellen is. Nadeel is wel dat er een licht verhoogde kans op chromosomale afwijkingen is.

13. Wat is primair en secundair hypogonadisme? Wat is het verschil?

Hypogonadisme = aantal klinische symptomen door tekort aan androgenen (testosteron)

Primair

Oorzaak = testiculaire disfunctie (congenitaal of verworven)

Diagnose: hoog LH of syndroom van Klinefelter (karyotype)

Behandeling: androgeensubstitutie

Secundair

Oorzaak = pre-testiculaire disfunctie (congenitaal of verworven)

- Verminderde afgifte gonadotrofines
- Verminderde werking GnRH

Diagnose: laag/normaal LH – aanvullend onderzoek (bv. prolactine)

Behandeling: gonadotrofine substitutie

14. Wat zijn mogelijke oorzaken van hypogonadisme?

- Primair hypogonadisme
- Secundair hypogonadisme
- Androgeenresistentie
- Vertraagde puberteit
- Partial Androgen Deficiency of Aging Man (PADAM)

15. Wat zijn neurologische oorzaken voor een erectiele disfunctie?

- Centrale aandoening (bv. CVA of MS)
- Perifere aandoening
 - o Diabetes
 - o Dwarslaesie
 - o Chirurgie
 - o Priapisme
 - o Cardiovasculaire aandoeningen
 - o Roken

16. CASUSSEN

a) Andropauze

- o Link met hypospadie
???
- o Evaluatie
???
- o Testosteronbehandeling (risico's + toediening)
 - Transdermaal (elke dag)
 - Intramusculair (om de 3 maanden)
 - Pijnlijk
 - Wisselende testosteronspiegels
 - Oraal (4 tabletten per dag): weinig efficiënt
- o Bijwerkingen testosteron
 - Suppressie van spermatogenese
 - Gynaecomastie
 - Stijging RBC
 - Acné
 - Zeldzaam: apneu en priapisme
- o Risico's testosteron
Niet toedienen in hoge dosis bij zwakkere mannen, want kans op cardiovasculaire problemen!

b) Man zonder zaadcellen in ejaculaat

- o Definitie
Azoöspermie

- o Welke oorzaken (heel de cursus)
 - Pre-testiculair (stoornis GnRH/gonadotrofines) NIET OBSTRUCTIEF
 - Congenitaal = IHH
 - Verworven = anatomische afwijking, functionele stoornis of adult-onset IHH

 - Testiculair (stoornis testes) NIET OBSTRUCTIEF
 - Congenitaal = chromosomaal, genetisch, cryptorchidie...
 - Verworven = iatrogeen, tumor, varicocele, infecties...

 - Post-testiculair (stoornis zaadafvoerwegen) OBSTRUCTIEF
 - Congenitaal = genetisch of CBAVD
 - Verworven = infecties of iatrogeen

 - Milieu of levensstijl
 - Seksuele disfuncties
 - Onverklaard

- o Is dit altijd een seksuele disfunctie/virilisatie?
Nee, enkel bij pre-testiculair falen is er zeker hypogonadisme aanwezig. Bij testiculair falen kan het soms aanwezig zijn, terwijl het bij post-testiculair falen, seksuele disfuncties en een onverklaarde subfertiliteit afwezig is.

- o Evaluatie
 - Sperma-analyse (volume, pH, motiliteit, morfologie...)
 - Klinisch onderzoek (testes, epididymis, vas deferens, varicoceles, prostaat...)
 - Echografie (zaadblaasjes, prostaat, testes, nieren en ejaculatoire ductus)
 - Hormonaal onderzoek (FSH – inhibine B – LH – testosteron – prolactine)

- o Mogelijke behandelingen (om toch kinderen te krijgen)
 - Curatieve behandeling (behandelen van oorzaak)
 - Geassisteerde fertilisatie
 - IUI (hoge intra-uteriene inseminatie)
 - IVF (in vitro fertilisatie)
 - ICSI (intracytoplasmatische injectie)
 - TESE (testiculaire extractie van zaadcellen)

 - Adoptie of donorinseminatie
 - Counseling

EXAMENVRAGEN

DEEL DE RIDDER (de voorganger van Albersen)

1. Geef de verschillende prostatismeklachten bij reservoir- en ledigingsfunctie van de blaas.

Reservoirfunctie: irritatieve klachten

- Pollakisurie (> 8x per dag): veel plassen
- Nycturie: 's nachts plassen
- Urgency: drang om te plassen
- Incontinentie (urge/stress): niet meer kunnen inhouden

Ledigingsfunctie: obstructieve klachten

Dysurie: moeilijk plassen

- Intermittency: niet in één keer kunnen plassen
- Hesitancy: moeilijk beginnen te plassen
- Persmictie: druk uitoefenen met buikspieren
- Nadruppelen
- Zwakke straal

2. Wat zijn de oorzaken van de stijging van PSA?

- Prostatitis
- Benigne prostaathypertrofie
- Lokaal uitgebreid prostaatcarcinoom
- Gemetastaseerd prostaatcarcinoom

3. Bespreek prostaatcarcinoom.

Algemeen

- Tumor aan perifere zone van prostaat (groei door testosteron)
- Alle mannen zullen dit ooit krijgen (vooral > 60 jaar), maar kan slapend aanwezig zijn

Symptomen

- Laattijdige prostatismeklachten (zie vraag 1)
- Botpijn (bij metastasen)

Risicofactoren

- Aanwezigheid van testosteron
- Erfelijkheid
- Etniciteit
- VVZ voedsel
- Afwezigheid selenium/lycopeen

Diagnose

- Rectaal onderzoek (ppa): voelt hard aan
- Transrectale echografie (+ biopsie)
- Prostaatpunctie (+ biopsie)
- PSA (gestegen in bloed)
- CT- en botscaan (bij metastasen)

Soorten + behandeling

- a) Lokaal beperkt carcinoom (beperkt tot prostaat) PSA = laag
- o Watchful waiting
 - o Radicale prostatectomie
 - Resectie prostaat (open chirurgisch – laparoscopisch – robot)
 - Urethra vastmaken aan blaashals
 - Bijwerkingen: impotentie + incontinentie
 - o Curatieve externe radiotherapie
 - Bestraling van prostaat
 - Bijwerkingen: impotentie + incontinentie + tumorpersistentie
 - o Brachytherapie
Inbrengen radioactieve zaadjes in prostaat
 - o HIFU (high intensity focused ultrasound)
Verhitting door geluidsgolven
 - o Laserprostatectomie
 - o Hyperthermie/thermotherapie
- b) Lokaal uitgebreid carcinoom (beperkt tot prostaatkapsel) PSA = matig
- o Verblijfsonde (naar buiten)
 - o Suprapubische sonde(naar buiten)
 - o Dubbel J stent (naar blaas)
 - o Nefrostomie (naar buiten)
 - o Colostomie (naar buiten)
- c) Gemetastaseerd carcinoom (nodulen en metastasen naar andere organen) PSA = hoog
- o Testosteron blokkers of castratie
 - o Androgeen receptor blokkers
 - o Chemotherapie (bij hormoonongevoelig carcinoom)
 - o Radiotherapie (bij pijn)
 - o Antitumorale therapie (bij pijn)(morfine)

Post-operatief: peniele revalidatie

- Zenuwsparende technieken
- Nerve grafting
- Intracaverneuze injecties
- Neuroprotectieve medicatie (PDE 5 inhibitoren: Viagra)
- Vacuümpomp
- Arteriële bescherming

4. Evaluatie van ejaculatiestoornissen.

- Anamnese
 - o Tijdsverloop en evolutie van stoornis
 - o Psychoseksuele gewoonten
 - o Medicatiegebruik
 - o Vroegere heelkunde of ziekten
 - o Impact van stoornis op seksueel functioneren
 - o Aanwezigheid libido- of erectiestoornissen

- Klinisch onderzoek
 - o Genitaal onderzoek
 - o Littekens van vroegere heelkunde
 - o Neurologische tekens
 - o Uitsluiten vesiculitis/prostatis

- Evaluatie van richting van ejaculatie
 - o Retrograad
 - o Anterograad

- Evaluatie van ejaculatiekracht
 - 1) Geen ejaculatie
 - 2) Overflow ejaculatie
 - 3) Ejaculatie tot onder navel
 - 4) Ejaculatie tot boven navel

- Evaluatie van ejaculatievolume
- Kwaliteit van orgasme (VAS-schaal)
 - o 0 = geen orgasme
 - o 10 = uitstekend orgasme

- Evaluatie van pijn
- Intravaginale latentietijd
 - o Tijd tussen vaginale intermissie en ejaculatie (mediaan = 5,4 minuten)
 - o Prematuur < 1 à 2 minuten

- Psychologische evaluatie
 - o Faalangst
 - o Aangeleerd gedrag

- Hormonale evaluatie

5. Bespreek de behandeling van premature ejaculatie.

Conservatief

- Squeeze techniek
- Start stop techniek
- Condoomgebruik
- Oefenen tijdens masturbatie
- Frequentie van ejaculatie opdrijven
- Bekkenbodetherapie
- Lokale anesthetica

Medicaal: SSRI (Selectieve Serotonine Reuptake Inhibitoren)

- Enkele uren voor seksuele betrekkingen (= geplande seks)
- Veel bijwerkingen (bv. erectiestoornissen, vermoeidheid, suïcidale gedachten...)

6. Geef de verschillende stoornissen bij de reservoir- en ledigingsfunctie van de blaas.

Functionele indeling

- a) Stoornissen in reservoir
 - o Oorzaak in blaas (overactiviteit – overgevoeligheid – verminderde elasticiteit)
 - o Oorzaak in sfincter (deficiëntie – stress incontinentie)

- b) Stoornissen in lediging
 - o Oorzaak in blaas (atonie)
 - o Oorzaak in sfincter (urethrastricose – BPH – overactiviteit)

Beschrijvende indeling

- Stressincontinentie
- Urgency
- Urgency incontinentie
- Overloop incontinentie
- Giechelincontinentie

Praktijkindeling

- a) Neurogeen blaaslijden
- b) Inspanningsgebonden incontinentie (stress)
- c) Overactief blaassyndroom (OAB)
 - o Met incontinentie (urgency incontinentie)
 - o Zonder incontinentie (urgency-frequency syndroom)

7. Bespreek de Bricker derivatie.

Behandeling bij resectie blaas of neurogeen blaaslijden (nat stoma)

- Beide ureters worden gemonteerd op de dunne darm
- De dunne darm wordt dan naar buiten gebracht zodat urine kan afvloeien
- Problemen
 - o Positionering
 - o Verzorging (bv. stenose)
 - o Applicatieproblemen
 - o HUW aantasting
 - o Dermatologische problemen
 - o Peristomale hernia

8. Wat is stressincontinentie? Bespreek de behandeling.

Stoornis in de ledigingsfunctie van de blaas: inspanningsgebonden urineverlies tijdens fysieke activiteiten waarbij druk in de buik toeneemt (bv. hoesten, niezen of sporten).

- Problemen in blaas (atonie)
- Problemen in sfincter (bv. urethrastricose of BPH)

Oorzaken

- Ouderdom
- Chronische stressoren van bekkenbodemp
- Genetische factoren
- Vaginale partus
- Obesitas
- Vroegere behandeling prostaatkanker/bekkenfractuur

Behandeling

- Bekkenbodemptherapie
- Correcte herpositionering van blaas
- SLING operatie (hangmat wordt onder blaas/urethra geplaatst)
- Sfincterprothese
- SNRI (Duloxetine): stijging druk in sfincter
- Opvangmateriaal

9. Bespreek hypospadie.

Kenmerken

Congenitale aandoening met urethraopening aan ventrale zijde van penis

- Door onvoldoende sluiting urethrale plooien (embryo)
- Peniele curvatuur
- Indeling: anterieur – midpeniel – posterieur
- Voorkomen: 1/250 baby's

Oorzaken

- Stoornis in foetale androgenenproductie
- Stoornis in foetale androgenenmetabolisme
- Stoornis in androgeenreceptoren

Verwikkelingen

- Cryptorchidie
- Hydrocele
- Stoornissen in seksuele ontwikkeling

Behandeling

Reconstructie van urethra (op jonge leeftijd)

- Verbetering peniele curvatuur
- Nieuwe urethra waarvan opening aan top van penis

10. Wat zijn de oorzaken van een peniscarcinoom?

Oorzaken

- Besmetting HPV
- Roken
- Fimosis
- Leeftijd
- Ziekte van Bowen
- Behandeling genitaal gebied met UV-stralen
- Slechte hygiëne

11. Wat is een varicoceles? Wanneer komt het voor? Hoe diagnosticeer je het? Hoe behandel je het?

Symptomen

Uitzetting van testiculaire venen (links) door terugvloeien van bloed

- Zwaar en pijnlijk gevoel
- Zichtbaar kluwen
- Kans op infertiliteit

Oorzaak

Slecht functioneren van veneuze kleppen

- Kinderen: 10 – 15%
- Subfertiele mannen: 20 – 40%

Diagnose

Klinisch onderzoek

Behandeling

- Profylactisch (bij kinderen)
- Plaatsing van coil (bloedvat naar nier)
- Scleroserende injectie (bloedvat naar nier)
- Onderbonden vene

12. Diagnose van pijnlijk blaassyndroom en/of interstitiële cystitis.

Pijnlijk blaassyndroom = pijn gerelateerd aan blaasvulling (suprapubisch)

Ulceratieve IC (klassiek)

Niet-ulceratieve IC

Symptomen

- Nycturie
- Pollakisurie
- Urgency

Diagnose

- Uitsluiten andere pathologieën (cystitis, blaaspoliepen...)
- Anamnese (mictiestoornissen en pijn bevragen)
- Plasdagboek
- Urodynamisch onderzoek
- Vragenlijsten
- Cystoscopie met hydrodistensie

- Biopsie (kanker uitsluiten)

13. Waarin verschilt het pijnlijk blaassyndroom van interstitiële cystitis?

Pijnlijk blaassyndroom = verzamelnaam (pijn gerelateerd aan blaasvulling)

Ulceratief (interstitiële cystitis)

- Aanwezigheid van glomerulaties en ulcus van Hunner
- Duidelijk anatomisch substraat (afwijkingen)
- Oorzaak: disfunctie van GAG laag
- Diagnose: cystoscopie met hydrodistensie
- Behandeling: cystoscopie met lasertherapie

Niet-ulceratief PBS

14. Waarin verschilt het overactief blaassyndroom van interstitiële cystitis?

OVERACTIEVE BLAAS

Symptomen

Pollakisurie
Nycturie
Urgency
(incontinentie)

Oorzaken

Idiopathisch
Oorzaak in blaas
Oorzaak in sfincter
Neurologisch lijden

Diagnose

Anamnese
Klinisch onderzoek
Mictiedagboek
Urinecultuur
Uroflowmetrie
Residubepaling

Behandeling

Pelvische reëducatie
Anticholinerge medicatie
B3-receptor agonisten
Injecties botulinetoxine
Sacrale zenuwstimulatie
Definitief zenuwimplantaat
Opvangmateriaal
Reconstructieve chirurgie

INTERSTITIËLE CYSTITIS

Symptomen

Pollakisurie
Nycturie
Urgency
Glomerulaties/ulcus van Hunner
Subrapubische pijn

Oorzaken

Infectie
Inflammatie
Disfunctie GAG laag
Auto-immune mechanismen

Diagnose

Anamnese
Klinisch onderzoek
Mictiedagboek
Urinecultuur (histologie)
Urodynamisch onderzoek
Cystoscopie met hydrodistensie

Behandeling

Analgetica of corticosteroïden
Anti-allergische medicatie
Amitriptyline of Gabapentin
Injecties botulinetoxine
Sacrale zenuwstimulatie
Immunosuppressie
Intravesicale behandeling (GAG laag)
Cystectomie
Cystoscopie met lasertherapie

15. Bespreek non-gonokokken urethritis.

Kenmerken

- Risico op infectie via coïtus: 17%
- Co-infectie met chlamydia

Symptomen

- Asymptomatisch
- Urethrale pijn
- Dysurie
- Vochtafscheiding

Complicaties

- Epididymitis
- Syndroom van Reiter
- PID

Oorzaken

- Chlamydia
- Ureaplasma
- Herpes
- Mycoplasma

Diagnose

- Urinecultuur
- PCR-test

Behandeling

Antibiotica (quinolones)

16. Wat is syfilis? Geef de diagnose en de behandeling.

Stadia

1) Primair

- o Ulceratie of sjanker (hard)
- o Pijnloos
- o Bilaterale lymfeklierzwellings

2) Secundair (4 – 8 weken)

- o Rash (handpalmen, huid en voeten)
- o Mucocutane letsels/klieren

3) Tertiair (na jaren)

- o Huidletsels
- o Granulomen
- o Cardiale problemen
- o Neurologische problemen

Oorzaak

Treponema pallidum

Diagnose

- Microscopie (vocht)
- Bloedonderzoek

Behandeling

- Penicilline
- Doxycyline

17. Bespreek de FTM-reassignment met de radiale voorarmflap.

Radiale voorarmflap is techniek voor falloplastie (= creëren van penis). Een ander alternatief is de suprapubische falloplastie.

Uit de voorarm worden 2 stukken huid genomen om een neo-fallus en een urethra te creëren. Door de huid naar binnen te rollen vormt men een urethra, door ze naar buiten te rollen vormt men een neo-fallus.

Bloedvaten en zenuwen worden microchirurgisch verbonden met de genitale regio

De urethra wordt verlengd en naar de top van de penis gebracht, maar dit lukt niet altijd.

De clitoris wordt ter plaatste gelaten aan de basis van de neo-fallus.

Men plaatst een penisprothese om erecties te bekomen.

Men creëert een scrotum aan de hand van de labia majora.

Met de Norfolktechniek maakt men een eikel en corona. Men maakt hierbij een stukje huid los, rolt dit op en tatoeëert het.