

Akut skrotum hos barn

Utförs på: Kirurgkliniken

Patofysiologi

Intravaginal testistorsion uppkommer på grund av ökad rörlighet av testikel och bitestikel. I typfallet beror detta på en komplett inneslutning av visceral delen av processus vaginalis av testikel och bitestikel. Detta möjliggör lateral eller medial rotation varvid i första hand venösa strukturer obstrueras, vid mera uttalad rotation (270 - 360°) åstadkoms en komplett venös obstruktion och sekundärt till detta obstruktion av det arteriella inflödet och ischemi av testikeln. Sannolikt kan inkomplett torsion med övergående venös obstruktion detorkvera spontant och ge upphov till intermittent smärta.

Ett specialfall av testistorsion är den så kallade extravaginala torsionen som uppkommer intrauterint eller i neonatalperioden. Denna beror på en ökad rörlighet mellan tunica vaginalis och omgivande vävnad i scrotum under den aktuella tidsperioden. Denna typ av torsion kan även ske intraabdominellt före testikelns nedvandring i scrotum.

Klinisk bild (intravaginal torsion)

I typiska fall beskrivs plötslig smärtdebut. Ibland dominerar buksmärter och kräkningar. Testikeln kan ha ett högre läge än kontralateralt på grund av förkortad funikel sekundärt till torsionen. Svullnad sekundär till venös stas uppkommer initialt. Ett abnormt läge av epididymis medialt, lateralt eller anteriort kan tala för torsion liksom en transversellt orienterad testikel. Kremasterreflex kan saknas. Samtliga kliniska tecken har dock otillräckligt prediktivt värde.

Manuell detorsion finns beskriven och ett försök kan göras med rotation i lateral riktning, dvs medurs på vänster sida och moturs på höger sida.

Testistorsion kan förekomma hela livet men är vanligast mellan 12 och 18 års ålder.

Handläggning

Misstanke om testistorsion är ett **kirurgiskt akutfall** och skall föranleda omedelbar exploration. Observera att anamnesen vad gäller debut och duration inte är pålitlig hos små pojkar. Ultraljud med färgdoppler kan med erfaren undersökare ge viss vägledning men vid intermittent torsion kan en svårtolkad bild ses med hyperemi efter detorsion. Eftersom sensitiviteten inte är hundra procentig får ultraljud inte fördröja kirurgisk exploration då permanent skada på en torkverad testikel kan uppkomma redan efter 4-6 timmar. Vid mer långvarig anamnes (>12 h) och måttlig misstanke bör ultraljud med doppler övervägas.

Explorationen bör ske via skrotalt snitt. Föreligger en viabel testikel efter detorkivering skall denna fixeras med icke resorberbara tre-punktssuturer i tunica albuginea mot septum. Den generella rekommendationen, som dock har sparsam evidens, är att man vid torsion även utforskar och gör pexi av kontralaterala testikeln, då likartade anatomiska förhållanden oftast föreligger på båda sidor.

Differentialdiagnoser

De vanliga differentialdiagnoserna är torsion av Morgagnis hydatid och epididymit. Det senare är vanligare framför allt efter puberteten. Andra differentialdiagnoser är testikelcancer, orkit, idiopatiskt skrotalt ödem m fl.

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare