

Urologi - Testistorsion VO Kirurgi

Innehåll

1.	Syfte och omfattning	1
2.	Beskrivning.....	1
2.1	Klinisk bild	1
2.2	Handläggning	2
2.3	Behandling	2
3.	Referenser	2
4.	Dokumentinformation	3

1. Syfte och omfattning

Att beskriva primärt omhändertagande samt utredning och behandling av patient med akut testikelsmärta.

2. Beskrivning

- Testistorsion bör misstänkas vid plötsligt insättande ensidig svår testikelsmärta och skall uteslutas och åtgärdas akut.
- Testistorsion innebär att testikeln roterat funikeln och strypt cirkulationen till testikel och bitestikel vilket ger upphov till ischemisk smärta. Det förekommer även intermittent torsion med spontant omväxlande torkvering och detorkvering vilket ger intermittent smärta. Testistorsion förekommer i alla åldrar, incidensen är högst i åldrarna 12-15 år.
- Testikeltorsion kan endast uppstå vid avvikande infästning av testikeln mot tunica vaginalis, en hos vissa medfödd anatomisk avvikelse som när den förekommer ofta gör det bilateralt.
- Redan efter fyra timmars ischemi kan irreversibla skador uppkomma. Studier har visat att testikeln räddas i 90 % av fallen om detorkvering sker inom 6 timmar efter symtomdebut. Efter 12 timmar sjunker siffran till 50 % och efter 24 timmar till 10 %. Således är tiden från smärtdebut till retorkvering avgörande för testikelns chans till överlevnad. Det finns även för initialt viabla testiklar en risk för atrofi i efterförloppet.
- Morbiditeten efter att p.g.a. testikeltorsion ha förlorat ena testikeln är i studier inte helt klarlagt. Testosteronnivåerna tycks förbli oförändrade. Fertiliteten är i vissa studier nedsatt, i andra inte. Det psykologiska traumat är över huvud taget inte studerat.
- Däremot har Socialstyrelsen i anmälningsärenden avseende undfallenhet att utforska vad som senare visat sig vara testikeltorsion resulterat i att kritik lyfts.

2.1 Klinisk bild

Plötsligt insättande, svår och ensidig scrotal smärta. Detta följs vanligen av svullnad och rodnad över scrotum samt testikulär ömhet vid palpation. I vissa fall

är testikeln synligt tvärställd och uppdragen. Det finns dock en bred symtombild med ibland successivt insättande eller intermittenta smärtor. Ibland, inte minst hos barn, förekommer endast lågt sittande buksmärta som enda symtom. Illamående och kräkningar förekommer.

2.2 Handläggning

Fall med kort smärtduration <24h där testikeltorsion inte kan uteslutas kliniskt skall exploreras urakut. Fall med längre smärtduration >24timmar, vilket kan tala emot torsion och dessutom vid ev. torsion även innebära att testikeln sannolikt redan är irreversibelt skadad, bör undersökas med ultraljud akut.

Man kan med ultraljud nå en specificitet och sensitivitet runt 90 % för testistorsion och med radiologiskt stöd för diagnosen testikeltorsion planera urakut exploration, men inte utesluta att detsamma föreligger p.g.a. att ultaljudsundersökaren inte ser en bild av torsion. Ultraljudet kan dock bekräfta differentialdiagnoser såsom epidydit.

Utsläckt cremasterreflex är ett klassiskt tecken på testistorsion men ses även vid andra tillstånd och intakt reflex kan ses vid torsion. Därför kan denna undersökning inte tillmätas avgörande betydelse i handläggningen av misstänkt torsion.

2.3 Behandling

Behandlingen av misstänkt testistorsion är omedelbar (prioritet urakut) exploration för att undersöka testikelns status.

Exploration av scrotum kan göras med transversellt scrotalsnitt eller incision längs raphe. Vid det senare får man åtkomst till bägge testiklar i samma snitt. En torkverad testikel detorkveras, antalet varv dokumenteras. Ge testikeln minst 10 min för återhämtning innan beslut om eventuell orchidectomi om den inte verkar viabel efter detorkvering. Orchidopexi skall göras på båda sidor med 2 - 3 icke resorberbara suturer som fästs mot septum respektive scrotalvägg alternativt som Vinkelmanns operation då tunica vaginalis inverteras varefter 3 icke resorberbara suturer sätts mellan tunica albuginea och subcutan vävnad kring testikeln. Ny episod av torsion på redan pexerad testikel förekommer hos 4,5%, möjligen aningen färre efter pexi enligt Vinkelmann.

3. Referenser

Dokumentnamn	Plats
European Association of Urology (EAU) Guidelines 2015 Internetmedicin Akut skrotum Hedelin, Boman, Dahlberg, Grundtman. Testistorsion – ett diagnostiskt dilemma. Läkartidningen 2005;11 (102) 856-858.	

4. Dokumentinformation

Upprättare och granskare Andreas Norinder ST-läkare, slutgranskare Eva-Karin Molinder, kvalitetssamordnare fastställare Elisabeth Wicklén, verksamhetschef.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet