

Gäller för: Verksamhet Kirurgi barn

Giltig från: 2025-02-19

Innehållsansvar: Pia Löfgren, (pialo2), Sektionschef

Giltig till: 2027-02-19

Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad

Godkänd av: Cathrine Gatzinsky, (catwi3), Verksamhetschef

Retentio testis

Förändringar sedan föregående version

Inga.

Syfte

Syftet är att beskriva handläggningen för barn med retentio testis.

Bakgrund

Definitioner:

Kliniskt: Palpabel (80%) eller icke palpabel (20%)

Läge:

- Supraskrotalt läge: Ovanför skrotum. Kan ligga vid AIE, i inguinalkanalen eller intraabdominellt.
- Retraktil testikel: Testikel som intermittent ligger ovanför skrotum, på grund av aktiv cremaster reflex. Om retraktil testikel skall den kunna föras ned och ligga kvar i skrotum vid undersökning, efter uttröttande av cremasterreflex. Om den omedelbart studsar upp igen = retentio.
- Ektopisk testikel: Ligger utanför testikelns normala bana, t ex perinealt, femoralt. (<5%)
- Atrofisk testikel: Man finner aldrig testikeln eller så finner man bara en liten rest, kan vara orsakad av perinatal torsion (3,3%).
- Cryptorchidism = gömd testikel, används ofta synonymt med icke nedvandrad testikel.

Incidens:

- Nyfödda pojkar 3-5% varav 5-15% är bilaterala.
- 1 åringar 0,7-1 %.

- Högre incidens hos prematura gossar, vid låg födelsevikt och hos tvillingar.
- Normalt skall testiklarna ha vandrat ned omkring fostervecka 35.

Etiologi:

Teorier:

- a) Onormalt gubernakulum som guidar testikeln fel.
- b) Minskat intraabdominellt tryck
- c) Onormala testiklar
- d) Endokrina och/eller genetiska orsaker.

Ökad cancerrisk:

- Risken för patienter opererade för RT är 4-5 gånger högre än för normalpersonen.
- Incidensen för testikelcancer i Sverige är ca 6/100 000, cirka 280/år.
- Cancerrisk kvarstår efter operation.

Fertilitet och förmågan att bli biologisk far:

- Kvaliteten på spermerna är nedsatt i den ej nedvandrade sedan opererade testikeln. Tidig operation, helst runt 12 månaders ålder ökar sannolikt kvaliteten.
- Förmågan att bli biologisk far är dock densamma hos patienter med unilateral RT jämfört med normalen det vill säga ca 90 %. Hos patienter med bilateral RT är procentsatsen runt 60 %.

Arbetsbeskrivning

Diagnos:

- Klinisk undersökning.
- Pojkar ska remitteras till Urinvägsmottagning kirurgi barn om en eller båda testiklarna inte återfinns i skrotum vid 6 månaders kontroll på BVC. Remisser som kommer tidigare återremitteras om unilateral retentio eller bilateral retentio med palpabla testiklar.
- Om bilateralt icke palpabla testiklar eller RT (unilateral eller bilateral) i kombination med hypospadi eller andra tecken på undervirilisering (till exempel micropenis eller kluven skrotum) skall kontakt tas med DSD team.

- Efter bedömning eventuellt provtagning med karyotyp, 17-OH-progesteron och testosteron med mera. Testosteron tas i serum första dygnet om möjligt.
- Om fortsatt isolerad icke palpabel retentio rekommenderas återbesök vid 10-12 veckors ålder för ny palpation på Urinvägsmottagning Kirurgi barn och eventuell ny kontroll testosteron.
- Se PM handläggning DSD.

Ultraljud eller annan radiologisk undersökning används sällan vid diagnostiken av RT.

Behandling:

- Kirurgi, öppen vid palpabla testiklar eller laparoskopiskt vid icke palpabla, vid 12-18 månaders ålder eller om senare upptäckt, när tid finns med sedvanlig vårdgaranti. Se flödesschema nedan.
- Dagkirurgisk åtgärd om ingen komplicerande comorbiditet.
- Om man finner en intraabdominell testikel hos pojke efter 10 års ålder med unilateral RT skall testikeln exstirperas på grund av ökad cancerrisk.

Uppföljning:

- Postoperativt: hemma från dagis/skola 3-4 dagar. Avstå från hårdare fysisk aktivitet i 2 veckor. Smärtlindring postoperativt med paracetamol + eventuellt ibuprofen.
- Återbesök efter 6-12 månader till PUNCK. Om okomplicerat förlopp inget ytterligare återbesök.
- Om komplikation, ta ställning till återbesök hos oss alternativt återbesök på hemorten. Remiss till barnendokrinolog vid cirka 10-11 års ålder vid bilateralt små eller obefintliga testiklar.

Ansvar

Gäller för all hälso- och sjukvårdspersonal inom verksamhetsområde kirurgi barn på Drottning Silvias barnsjukhus SU/Östra.

Verksamhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamheten kräver finns tillgängliga och att verksamheten arbetar enligt SOFS 2011:9.

Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschefen ansvarar ytterst för revision/uppföljning av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

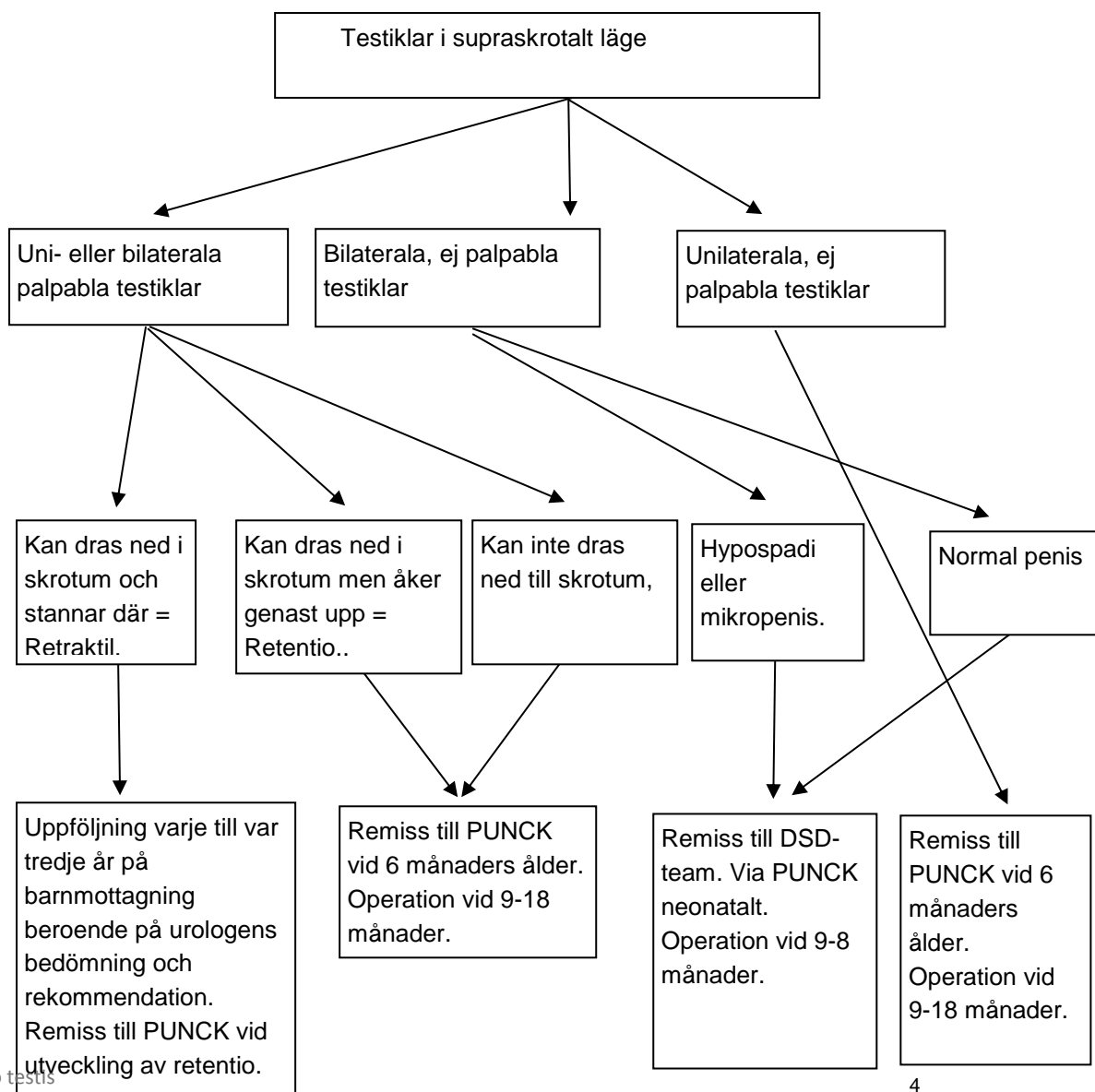
Granskare/Arbetsgrupp

Pia Löfgren, överläkare/sektionschef, Kirurgi barn, Område 1/SU, innehållsansvarig

Katrín Gudlaugsdóttir, specialistläkare Kirurgi barn, Område 1/SU, innehållsgranskare

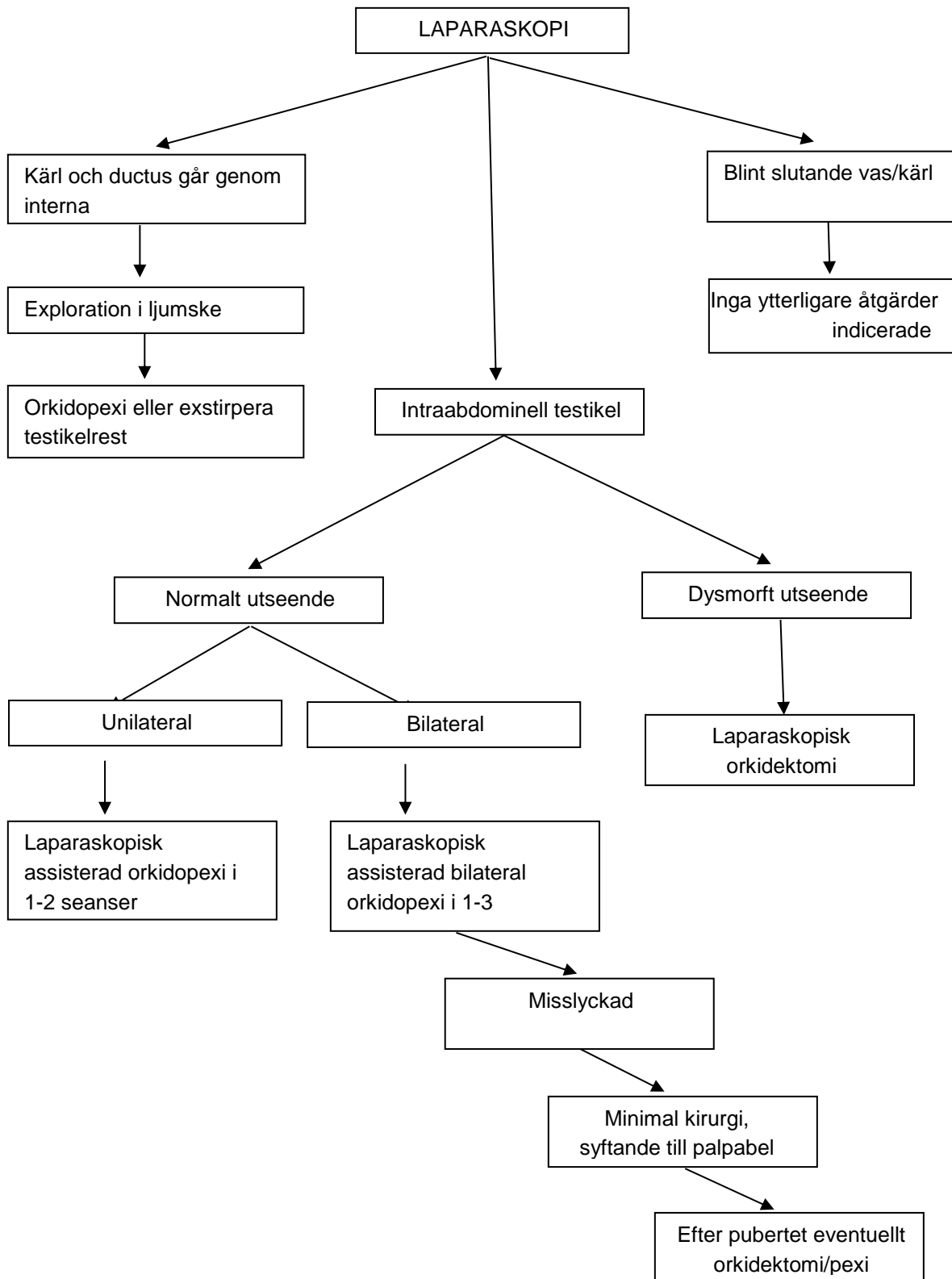
SCHEMATISK HANDLÄGGNING RETENTIO

Ref Thorup J. et al. Nordic consensus on treatment of undescended testes. Acta Paediatr 2007 May 96(5) 638-43



ÅTGÄRDER VID LAPARASKOPI

Enl ref CT Baillie et al, Arch Dis Child 1998, 79:419



Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Kirurgi barn

Innehållsansvar: Pia Löfgren, (pialo2), Sektionschef

Granskad av: Pia Löfgren, (pialo2), Sektionschef, Katrín
Gudlaugsdóttir Jackson, (katgu21), Specialistläkare

Godkänd av: Cathrine Gatzinsky, (catwi3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9774-1570060579-422

Version: 11.0

Giltig från: 2025-02-19

Giltig till: 2027-02-19