

# Testikelretention (retentio testis), handläggning vid SÄS

## Förändringar sedan föregående version

Mindre uppdatering med bland annat ändring från 9 till 12 månader under rubrik Operationsindikationer.

## Sammanfattning

Riktlinjen beskriver olika former av testikelretention, rekommenderad behandling samt operationsindikationer.

## Bakgrund och syfte

### Incidens

Av nyfödda pojkar har 4 % retentio testis; av dessa vandrar 75 % ned under de första 9 månaderna. Bilateral retentio testis utgör knappt 10 % av samtliga. Bilateralt intraadominella/icke palpabla testiklar är ovanligt och ska handläggas speciellt. Ibland saknas en testikel helt eller är atrofierad.

## Förutsättningar

### Definition

Retentio testis innebär att en eller båda testiklarna aldrig ligger i scrotum eller ibland kan saknas helt (aplasi eller intrauterin torsion som medfört atrofi). Pojken kan födas med retentio testis eller kan uppkomma efter ljumskkirurgi eller förvärfas av att det föreligger adherenser som gör att testikeln "dras upp" av pojkens tillväxt.

## Operationsindikationer

- Palpabel, retinerad testikel/testiklar på pojke över 12 månader.
- Ektopisk testikel.
- Förvärvad retentio testis, oavsett orsak.
- Icke palpabel testikel/testiklar.

## Utförande

### Unilateral retentio testis, palpabel

Om retentionen kvarstår vid 9 månaders ålder, remitteras pojken till kirurgkliniken på SÄS. När pojken är drygt 1 år gammal utförs operation enligt Bianchi. Pojken ska väga över 10 kg och inte vara prematur - då det kan bli aktuellt att sända pojken till Drottning Silvias barnsjukhus i Göteborg (DSBS).

### Unilateral retentio testis, icke palpabel

Remiss för ultraljud. Därefter till kirurg för bedömning. Om testikeln ligger intraabdominellt remitteras pojken till DSBS i Göteborg för laparoskopisk operation – två-seanceförfarande (enligt Steven-Fowler), där en klämma sätts på blodkärlet till testikeln intraabdominellt för att 6 månader senare flyttas ner till pungen.

### Bilateral retentio testis

#### **Icke palpabla testiklar**

Upptäckt vid födseln och icke palpabla testiklar men normala yttre genitalia för övrigt.

Barnläkare tillkallas för bedömning och ordination av ett "testosterontest" när barnet är nyfött och ytterligare ett prov när barnet är 9-12 veckor gammalt. Resultat av de båda proverna jämförs. Om normal stegring av testosteron inväntas descens (nedvandring) för att senare, vid behov, opereras på SÄS. Om barnet har intraabdominella testiklar vid 9 månaders ålder → remiss till DSBS.

## **Palpabla testiklar**

Vid palpabla testiklar bilateralt, men retirerade, invänta 9 månaders ålder och därefter remiss till kirurg- och öronkliniken för operation på SÄS.

## **Icke palpabla testiklar och samtidig anomali**

Vid icke palpabla testiklar och samtidig anomali i genitalia, akut remiss dagtid till barn- och ungdomskliniken, SÄS, för kromosomutredning samt värdering inför remiss till DSBUS.

## **Förvärvad retentio testis**

Pojke som haft testiklarna på plats, men som med åren noteras ha en testikel, som i takt med att pojken växer, ”dras upp” till prescrotalt läge. Ofta finns en öppen processus vaginalis (bråcksäck) alternativt att det finns strama stråk som ”häktar upp funikeln” och hindrar testikeln från att ligga kvar i scrotum. Tillståndet kan också uppkomma efter ärr i området efter akuta bräckoperationer eller andra ljumskingrepp. Tillståndet ska opereras.

## **Ektopisk testikel**

Kan ha vandrat bakåt och därför är svår att känna. Tillståndet ska opereras, detta sker vid SÄS Borås.

## **Operationsmetod**

Enligt Bianchi med högt scrotalt singelsnitt i naturligt hudveck. Resorberbar hudsutur. Poliklinisk operation.

## **Smärtlindring**

Paracetamol (t.ex. Alvedon) rekommenderas som postoperativ smärtlindring och kan ges var 6:e timme om pojken har ont; dosering enligt vikt. Kan kombineras med antiflogistika, t.ex. Brufen.

Lokalbedövning ges i såret perop före väckning samt ofta en ileoinguinalblockad.

## **Uppföljning**

Återbesök en månad efter operationen och efter 1 år för uppföljande kontroll.

# Dokumentinformation

## För innehållet svarar

Jeanette Liljestrand-Sigvardsson, överläkare, kirurg- och öronkliniken, SÄS

## Remissinstanser (utgåva 1)

Verksamhetschefer, SÄS

# Referensförteckning

1. Bianchi A, Squire BR. Transscrotal orchidopexy revised. *Pediatr Surg Int* 1989;4:189-192.
2. Cortes D. Cryptorchidism - aspects of pathogenesis, Histology and treatment. Copenhagen, University of Copenhagen; 1998
3. Gill B Kogan S. Cryptorchidism; current concepts. *Ped Urology* 1997; vol 44, num 5: 1211-1227

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Riktlinje

**Gäller för:** Södra Älvsborgs Sjukhus

**Innehållsansvar:** Lena Karström, (lenka29), Överläkare

**Godkänd av:** Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

**Dokument-ID:** SAS9642-738863596-186

**Version:** 5.0

**Giltig från:** 2025-09-18

**Giltig till:** 2027-09-18