

E-mail: finn.gottrup@ouh.fyns-amt.dk

Antaget: 25. april 2005

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Gottrup F. Wound healing and principles of wound closure. I: Ask-Seljavavaara S, Holmström H, Åbyholm F, et al, red Plastic Surgery Scandinavian Textbook. Lund: Studentlitteraturen (i trykken).
2. Leaper DJ, Gottrup F. Surgical wounds. I: Leaper DJ, Harding KG, red Wounds. Biology and management. Oxford: Oxford University Press, 1998: 23-40.
3. Gottrup F. Wound closure techniques. J Wound Care 1999;8:397-400.
4. Winther GD. Formation of scab and the rate of epithelialization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. Nature 1962;193:293-4.
5. Sharp CA, McLaws M. Wound dressings for surgical sites (Cochrane Review). I: The Cochrane Library, 2002, issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
6. Vermeulen H, Ubbink D, Gopossens A et al. Dressings and topical agents for surgical wounds healing by secondary intention (Cochrane Review). I: The Cochrane Library, 2002, issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
7. Moher D, Schulz KF, Altman DG. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. Clin Oral Invest 2003;7:2-7.
8. Gottrup F, Olsen L, red. Sår – Baggrund, Diagnose og Behandling. København: Munksgaard, 1996.

Torsio testis efter tidligere testisfiksation

Reservelæge Adrian Halland & 1. reservelæge Morten Jønler

Aalborg Sygehus Nord, Urologisk Afdeling

Torsio testis (TT) er en akut skrotallidelse forårsaget af drejning af en testis omkring funiculus spermaticus og/eller et langt mesorchium, hvorved blodforsyningen kompromiteres [1]. TT er en relativt hyppig skrotallidelse, og 80% af tilfældene ses hos unge under 20 år [1]. Uden akut operation med detorkivering og fiksering af testis fører TT til iskæmisk nekrose. Det tilrådes derfor, at der ved operation for TT samtidig foretages kontralateral testisfiksation, da de anatomiske varianter, såkaldt »klokkeknebelkonfiguration« og langt mesorchium, som begge disponerer for TT, principielt altid ses bilateralt [1, 2].

Vi præsenterer en sygehistorie, hvor en patient indlægges med kliniske tegn på TT. Patienten havde to år tidligere fået

foretaget testisfiksation i forbindelse med en akut operation for TT på den kontralaterale side.

Sygehistorie

En 14-årig dreng blev indlagt med pludseligt opståede smerter i venstre testis og kliniske tegn på TT. Ved akut skrotal eksploration fandtes venstre testis torkveret omkring en lang klokkeknebel. Testis blev detorkveret og fikseret til septum scrotii med tre absorberbare suturer. Den kontralaterale testis, også med typisk klokkeknebeludseende, blev ligeledes fikseret med tre absorberbare suturer. Tunica vaginalis blev ladet åbentstående bilateralt. Det postoperative forløb var ukompliceret.

To år senere blev den samme patient indlagt med pludseligt opståede smerter, nu i højre testis. Ved en objektiv undersøgelse fandtes patienten afebril, men udtalt smertepåvirket. En undersøgelse af scrotum viste højre testis optrukket, tværlig og udtalt øm ved palpation. Forsøg på detorkivering var ikke muligt pga. svær smertereaktion selv ved let palpation. Ved akut operation fandtes testis torkveret omkring en typisk klokkeknebel og efter detorkivering fandtes testiklen at være vital og med naturligt udseende (**Figur 1**). Testis blev på ny fikseret, og den kontralaterale testis blev yderligere fikseret med to absorberbare suturer. En efterfølgende kontrolultralydskanning viste normale forhold i begge testes og epididymis.

Diskussion

Sygehistorien viser, at TT efter en tidligere testisfiksation ikke kan udelukkes som mulig årsag til nye, akut opståede skrotalsmerter. Man må derfor kraftigt tilråde, at der hos patienter med klinisk mistanke om TT foretages akut eksploration mhp. at afklare forholdene, også selv om patienten ved en tidligere operation har fået fikseret testis. Sygehistorien viser også, at patienter, der opereres for TT på en side, bør have fikseret testis på den kontralaterale side, da der her også er risiko



Figur 1. Præoperativt billede af scrotums udseende med en højt beliggende, tværligret højre testis (stort billede). Peroperativt fandtes testiklen på ny torkveret omkring en klokkeknebel, men fuldt vital (indskudt billede).

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

for torsion, fordi de anatomiske varianter, der disponerer for TT, oftest ses bilateralt.

TT efter tidligere testisfiksation er en sjælden tilstand. *Selles et al* fandt ved gennemgang af litteraturen kun 20 rapporterede tilfælde af TT efter tidligere fiksation, af disse beskriver 12 torsion på den kontralaterale, ikke tidligere torkverede, men fikserede side [3]. Tilstanden ses hyppigere, når den tidligere fiksation er foretaget med absorberbart suturmateriale. Imidlertid bruges ikkeabsorberbart suturmateriale kun sjældent på grund af risikoen for senere abscess- eller granulomdannelse, som kan resultere i kroniske testissmerter eller påvirket testisfunktion [4]. Den vigtigste faktor for den ønskede adhæsion af testis er adækvat kirurgisk teknik med eversion af tunica vaginalis [3].

Patienter med kliniske tegn på TT bør henvises til akut vurdering og eksplorerer, hvis den kliniske mistanke fastholdes, uanset om patienten tidligere har fået foretaget testisfiksation eller ej.

Korrespondance: *Morten Jønler*, Urologisk Afdeling, Aalborg Sygehus Nord, DK-9100 Aalborg C. E-mail: jonler@dadlnet.dk

Antaget: 19. februar 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Krarup T, Lund L. Skrotalindholdets sygdomme. I: Stadil F, Lund B, Nordling J, red. Kirurgisk Kompendium 3 udg. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2003:1441-6.
2. Jørgensen TM, Kristensen JK, Nerstrøm B et al. Torsio testis. I: Jørgensen TM, Kristensen JK, Nerstrøm B et al, red. Urologi 2. udg. København: FADL's Forlag, 2003:181-2.
3. Sells H, Moretti KL, Burfield GD. Recurrent torsion after previous testicular fixation. ANZ J Surg 2002;72:46-8.
4. Morse TS, Hollabaugh RS. The "Window" orchidopexy for prevention of testicular torsion. J Paediatr Surg 1977;12:237-40.

Krav om registrering af kliniske forsøg

Kliniske forsøg, der er påbegyndt før 1. juli 2005

Medlemmerne af The International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) har tidligere meddelt, at de kun vil publicere kliniske forsøg påbegyndt før 1. juli 2005, såfremt de er registreret i en offentlig tilgængelig database inden 13. september 2005 (se Ugeskriftet 2005;167:2739-41). Trods de bedste intentioner er vi klar over, at der kan være forskere og sponsorer, som ikke har nået at registrere igangværende forsøg inden deadline. Der kan være flere legitime årsager hertil, bl.a. manglende opmærksomhed på reglerne om registrering af forsøg. Under visse omstændigheder kan en tidsskriftredaktør derfor acceptere se-

nere registrering, men det vil bero på en individuel vurdering. Det anbefales at kontakte redaktøren af det tidsskrift, hvortil arbejdet ønskes indsendt.

Kliniske forsøg, der begynder efter 1. juli 2005

Forsøg, der påbegyndes efter 1. juli 2005, skal uden undtagelse registreres, før den første patient inkluderes.

Hvilke registre opfylder ICMJE-gruppens kriterier?

Der er i dag to registre, der er åbne for alle og opfylder de minimumskrav, som er formuleret af ICMJE: det amerikanske Clinicaltrials.gov (www.clinicaltrials.gov) og det engelske International Standard Randomised Controlled Trial Num-

ber (ISRCTN) (www.isrctn.com). Clinicaltrials er gratis, mens ISRCTN kræver et administrationsgebyr på 150 €. Det forventes, at der vil komme flere registre som opfylder minimumskriterierne. Den europæiske database EudraCT under EMEA opfylder i øjeblikket ikke kravene, idet den kun er tilgængelig for kompetente myndigheder.

Ofte stillede spørgsmål (FAQ)

Der kan findes svar på en række ofte stillede spørgsmål på www.icmje.org/faq.pdf

Torben V. Schroeder,
redaktør, Videnskab og praksis
E-mail: tv@s@dadlnet.dk