

Torkvering av Morgagnis hydatid – en hereditär sjukdom?

Vanligaste orsaken till akut skrotum hos barn

Torkvering av Morgagnis hydatid är den vanligaste orsaken till akut skrotum hos barn. Akut exploration och exstirpation är den bästa behandlingen, inte minst för att differentialdiagnostiken är svår mot testistorsion.

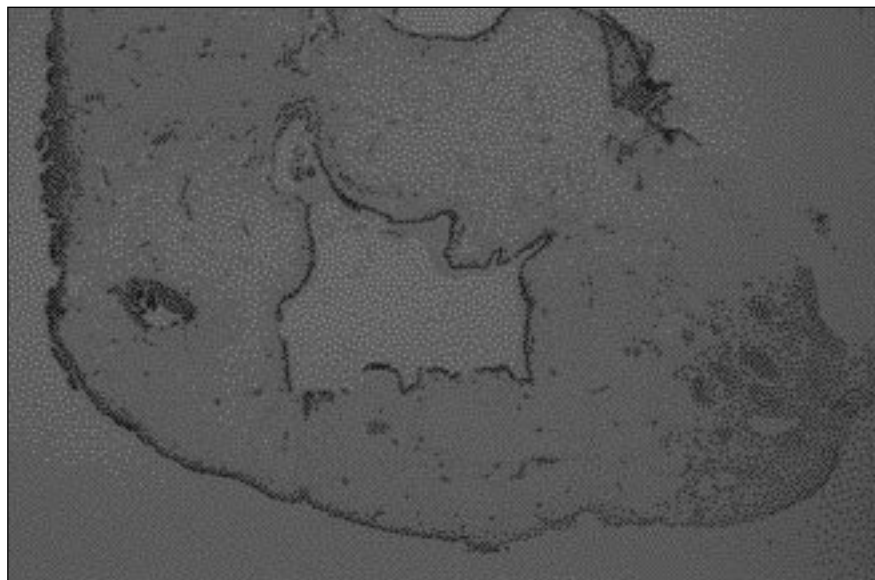
Tidigare har ingen genetisk komponent beskrivits i samband med torkvering av Morgagnis hydatid, men eftersom vi på kirurgkliniken i Säfte har behandlat två bröder som båda haft bilateral torkvering av Morgagnis hydatid kan en sådan komponent existera.

En tioårig tidigare frisk gosse sökte akut för ökande smärta i pungen sedan sju timmar. Vid akut exploration fann man en torkverad Morgagnis hydatid som exstirperades.

Tre månader senare sökte gossen åter akut med identiska symtom förutom att han denna gång ömmade på andra sidan. Akut exploration påvisade ånyo en torkverad Morgagnis hydatid (Figur 1). Det framkom senare att gossens bror opererats på båda sidor för torkverade Morgagnis hydatider vid nio respektive tio års ålder.

Vanligast mellan 8 och 12 års ålder

Morgagnis hydatid är ett testikelbihang, en embryonal rest av den Müllerska gången. Bihanget består av lucker fibrös vävnad med några få små blodkärl och ibland en tubulär struktur med cylinderepitel (Figur 1). Det beskrevs först av Giovanni Battista Morgagni (1682–1771), som under mer än femtio



Figur 1. 7x5x2 mm stor karakteristisk Morgagnis hydatid med stromalt ödem och ställvis lätt dilaterade kärl, dock utan anmärkningsvärd blödning. Bild förenlig med tidig torsion.

år var anatomiprofessor i italienska Padua. Han har kallats »nyskapare av den patologiska anatomin».

Morgagni trodde att testikelbihangen var rupturerade cystiska element, därav den felaktiga beteckningen hydatid som betyder vätskefylld blåsa [1-4]. Storleken varierar mellan 1 och 8 mm [2].

Torkvering sker med högst incidens i 8–12 års ålder, och är den vanligaste orsaken till akut skrotum hos barn [5-8]. Säkra incidenssiffror finns inte. Vi har därför kartlagt incidensen i Värmland 1993–95. Under denna period ställdes diagnosen på 14 gossebarn 5 till 13 år gamla. Incidensen i detta åldersintervall blir 1/3 000 personår. Sannolikt finns dock ett mörkertal i form av odiagnostiserade fall [3].

Smygande eller plötslig smärta

Patienten söker oftast på grund av smärta, som debuterat smygande eller plötsligt i pungen, ljumsken eller buken. Mera sällan föreligger allmänpåverkan med illamående, kräkning och feber. Palpationsfyndet är ofta normalt fränsett en ömhet vid testikelns övre pol, där man ibland kan känna en resistens.

Någon gång kan man finna ett »blue dot sign», en blå missfärgning som syns

genom skrotalhuden då den sträcks över testikeltoppen. Rodnad och svullnad tillstöter sent i förloppet. Patienter med testistorsion har likartad klinik men i regel ett mer akut insjuknande, kraftigare smärta, påverkat allmäntillstånd och ett mera uttalat lokalstatus. Det finns inget patognomont symptom för testistorsion.

Operation obligat

Det har på senare tid föreslagits konservativ behandling då symtom, klinisk undersökning och ultraljud talar emot testistorsion, men på de flesta barnkliniker i landet är kirurgisk behandling obligat vid akut skrotum hos barn. Konservativ behandling anses vara ett konstfel [2, 8-16].

Morgagnis hydatid finns hos de flesta män, och torkvering av dessa strukturer är den vanligaste orsaken till akut skrotum hos barn. Någon nöjaktig förklaring till torkveringen har inte presenterats. I litteraturen finns endast ett fåtal fall rapporterade där patienten torkverat på båda sidorna, 1991 rapporterades det 14:e fallet [17].

I vår fallbeskrivning beskrivs ett brödrpar, där båda två haft bilateral torkvering av Morgagnis hydatid. Baserat på våra egna incidenssiffror är den rent slumpmässiga sannolikheten för att detta ska ske hos pojkar 5–13 år gamla ►

Författare

MIKAEL SKORPIL

underläkare, röntgenkliniken, sjukhuset i Säfte

CHARLES SILSETH

överläkare, patologlaboratoriet, Centralsjukhuset i Karlstad

MAGNUS BERNE

med dr, överläkare, kirurgkliniken, sjukhuset i Säfte.

ANNONS

(9/3 000)⁴ = 1/12 miljarder. Vi misstänker därför att det hos dessa bröder föreligger en genetisk faktor som ökar risken för torkvering. I väntan på att denna faktor ska kartläggas begrundar vi följande ord av G Morgagni:

»For those who have dissected or inspected many, have at least learned to doubt, when the others, who are ignorant of anatomy, and do not take the trouble to attend to it are in no doubt at all» [18].

Referenser

1. Sadler TW. Langman's medical embryology. 6:e upplagan. Baltimore: Williams & Wilkins, 1990: 275-81.
2. Dresner M. Torsed appendage: Blue dot sign. Urology 1973; 1: 63-6.
3. Jones P. Torsion of the testis and its appendages during childhood. Arch Dis Child 1962; 37: 214-26.
4. Lindskog BI, Zetterberg BL. Medicinsk terminologi lexikon. 1:a upplagan. Stockholm: Nordiska Bokhandelns Förlag, 1993: 247, 366.
5. Ben-Chaim J, Leibovitch I, Ramon J. Etiology of acute scrotum at surgical exploration in children, adolescents and adults. Eur Urol 1992; 21: 45-7.
6. Lewis AG, Bukowski TP, Jarvis PD, Wackman J, Sheldon CA. Evaluation of acute scrotum in the emergency department. J Pediatr Surg 1995 Feb; 30 (2): 277-82.
7. Gaglione T, Catalone E, Chiaverini R. Torsion of testicular appendages: A case of acute scrotum due to torsion of the hydatid of Morgagni. G Chir 1995 May; 16 (5): 245-7.
8. Ruiz AM, Jimenez AC, Nunes NR, Cabrera R, Blesa SE. The clinical characteristics of patients with torsion of the testicular and epididymal appendages. Cir Pediatr 1994 Jul; 7 (3): 140-2.
9. Hemalatha V, Rickwood AMK. The diagnosis and management of acute scrotal conditions in boys. Br J Urol 1981; 53: 455-9.
10. Franksson C. Kirurgi. 3:e upplagan. Falköping: Almqvist & Wiksell, 1992: 560-1.
11. Flanagan RC, Dekernien JB, Persky L. Acute scrotal pain and swelling in children: A surgical emergency. Urology 1981; 17: 51-3.
12. Wilbert DM, Schaerfe CW, Stern WD, Strohmaier WL, Bichler KH. Evaluation of the acute scrotum by color-coded Doppler ultrasonography. J Urol 1993; 149 (6): 1475-7.
13. Abbate B, Danti DA, Niccoli F, Pampaloni A. Acute scrotum in childhood: Considerations on 457 cases. Pediatr Med Chir 1993; 15 (1): 75-7.
14. Kass EJ, Stone KT, Cacciarelli AA, Mitchell B. Do all children with an acute scrotum require exploration? J Urol 1993; 150: 667-9.
15. Hesser U, Rosenborg M, Gierup J, Karpe B, Nyström A, Hedenborg L. Gray-scale sonography in torsion of the testicular appendages. Pediatr Radiol 1993; 23: 529-32.
16. Andersson L, Schönebeck J. Skrotal smärta och svullnad hos barn. Läkartidningen 1971; 68: 3305-12.
17. Okui N, Tomita K, Kimura A, Uekane K, Kawamura T, Teshima S. Heterochronic occurrence of bilateral torsion of appendix testis, a case report. Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi 1994 Sep; 85 (9): 1395-8.
18. Chevalier RL. Kidney and urologic disorders in the age of enlightenment. Am J Nephrol 1994; 14 (4-6): 461-6.

Läkarutbildningen i Nederländerna

Allmänmedicinen ges stort utrymme

Det allmänmedicinska inslaget i den nederländska läkarutbildningen är stort, och de allmänmedicinska institutionerna har engagerat många allmänpraktiker i sin undervisning, men även i sin forskning. Alla läkarstuderande får en grundläggande vetenskaplig skolning, och var och en genomför ett omfattande projektarbete. Det är några viktiga karaktéristika för den nederländska läkarutbildningen, som även i övrigt kan inspirera oss svenskar när vi förnyar vår medicinska grundutbildning.

Med stöd från Svenska Läkaresällskapet har jag tillbringat fyra veckor i Maastricht i Nederländerna för att studera läkarutbildningen där. Jag har vistats på den allmänmedicinska institutionen vid landets yngsta universitet, där man under de senaste tjugo åren satsat speciellt på allmänmedicinen.

Jag har också besökt de allmänmedicinska institutionerna i Nijmegen och vid Universiteit van Amsterdam (UvA). På så sätt har jag fått en översiktlig bild av läkarutbildningen i Nederländerna och en mer detaljerad bild av det allmänmedicinska inslaget vid de tre universiteten.

Genom möten med kolleger från den allmänmedicinska institutionen i Leuven, ett par mil utanför Bryssel, har jag också fått en viss inblick i den belgiska läkarutbildningen.

Intagningslotteri

Den som vill bli läkare i Nederländerna måste delta i det stora intagningslotteriet, där de som har bäst betyg har den största chansen att dra en vinstlott, men där i övrigt alla som gått ut gymnasiet med godkända betyg i de viktigaste ämnena kan vara med.

Studenterna börjar sina studier en gång om året, i början av höstterminen. På vart och ett av de tre ställen jag besökte tar man då in ungefär 200 nya studenter.

I Nederländerna finns åtta universitet med läkarutbildning. Det äldsta grundades 1575 i Leiden och hyste i mitten av 1730-talet den nydisputerade Carl Linnaeus. Det yngsta finns i Maastricht, övriga i Groningen, Nijmegen, Utrecht och Rotterdam, och så två i Amsterdam: UvA och Vrije Universiteit (VU).

Grovt sett ser medicinarutbildningen likadan ut på alla åtta ställena. Först har man fyra års basal, mestadels teoretisk, utbildning och sedan två års rotation på kliniker och hos allmänpraktiker. Då rör det sig mest om praktisk tjänstgöring. Vad som skiljer sig är bland annat undervisningsmetoderna under de första fyra åren och längden på den allmänmedicinska praktiken under de två avslutande åren.

Gruppbaserad undervisning

I Maastricht kunde man 1974, två år före universitetets officiella grundande, börja från början och införa en strikt problembaserad undervisning med en hög grad av integration mellan olika institutioner, såväl prekliniska som kliniska.

I främst Groningen och Nijmegen är man nu i färd med att förändra de första fyra årens utbildning till ett mer grupp-baserat lärande. I varje fall i Nijmegen vill man hellre kalla metoden fallbase-rad än problembaserad. Minsta storlek på gruppen är 15 studenter. Där med-verkar lärare under cirka 30 procent av undervisningstiden, antingen som föreläsare eller som grupphandledare, medan 70 procent ägnas åt självstudier. Också vid UvA förefaller pedagogiken modern, och studenterna undervisas i grupper på 12.

De olika terminerna är indelade i block, som vanligen är 4-6 veckor långa. Under de två första åren är blocken vanligen »prekliniska», för att under de två följande åren få allt större klinis-

Författare

ANDERS HÅKANSSON

docent, universitetslektor, samhällsmedicinska institutionen, Universitetssjukhuset MAS, Malmö.