

Kan urologer lära sig färgdopplerultraljud av testiklar?

■ Skrotal exploration vid misstanke om testistorsion bekräftade diagnosen hos bara 9 procent av patienterna i ett västsvenskt material nyligen redovisat av Boman och medarbetare i LT [1]. Detta är en betydligt mindre andel jämfört med liknande publicerade material och med de 33 procent testistorsion som förelåg vid akut skrotal exploration i en nyligen genomförd irländsk studie refererad i artikeln [2]. Att akutoperera 9 »i onödan« för att hitta en torsion är naturligtvis otillfredsställande.

Färgdopplerultraljud

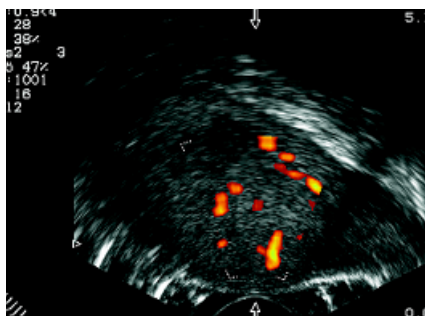
Mot bakgrund av data i litteraturen menar Boman och medarbetare att färgdopplerultraljud skulle förbättra den preoperativa diagnostiken, åtminstone för de patienter där misstanken om testistorsion inte är mycket stark och där exploration bör komma till stånd utan fördröjning. Författarna menar vidare att andelen negativa explorationer skulle kunna reduceras med en selektiv användning av färgdopplerultraljud. Med ökade möjligheter för radiologisk utredning och intervention ökar emellertid behovet av radiologisk expertis, medan tillgången är begränsad och vissa urologkliniker idag därför t ex inte längre har möjlighet till daglig röntgenrond.

God tillgång på transrektalt ultraljud

Tillgången på utrustning för transrektalt ultraljud vid urologmottagningar i Sverige kan generellt sägas vara god, med ett ökat användande i takt med att allt fler patienter blir föremål för PSA-provtagning. De flesta av dessa ultraljudsapparater är utrustade med en rektalprob med variabel frekvens (5–7,5 MHz) som lämpar sig för testikelultraljud, och de flesta av dessa har färgdopplerfunktion som standard; många har även power-dopplerultraljud. Dylig utrustning finns idag tillgänglig vid åtminstone tjugotalet kliniker i Sverige (källa: B-K Medical).

Värdefull undersökning

Vi upplever det värdefullt att utföra akut skrotalundersökning med rektalprob på urologmottagningen av patienter med skrotala smärtor, där ingen stark misstanke om testistorsion föreligger. Identifiering av cirkulation i testikeln och eventuell hyperemi i epididymis sekundärt till epididymit kan ge stöd för att avstå från exploration. Oftast föreligger en normal kontralateral testikel som intern kontroll för den ovane (icke-radiologen/urologen) som ett stöd i ultraljudsdiagnostiken. Med ökad medvetenhet om metodens tillgänglighet och med riktad



Hyperemi i testikel med testikelcancer hos man som söker med molvärk i höger testikel.



Rektalprob för transrektalt ultraljud.

utbildning av urologer tror vi att metoden kan användas för att minska andelen akuta skrotala explorationer där torsion inte föreligger.

Fredrik Liedberg

specialistläkare

fredrik.liedberg@skane.se

Bengt Uvelius

överläkare;

*båda vid urologkliniken,
Universitetssjukhuset i Lund*

Referenser

1. Boman H, Dahlberg R, Grundtman S, Hedelin H. Testistorsion – ett diagnostiskt dilemma. *Läkartidningen* 2005;102:856-8.
2. Hegarty PK, Walsh E, Corcoran MO. Exploration of the acute scrotum: a retrospective analysis of consecutive cases. *Ir J Med Sci* 2001;170:181-2.

Replik:

Där utrustning eller kunskap saknas fordras bra samarbete med röntgenkliniken

■ Det är, som Liedberg och Uvelius skriver, sannolikt ett väl så bra alternativ att den läkare som initialt ser patienten utför en färgdopplerundersökning.

En stor andel av patienter med akut insättande skrotala smärtor kommer emellertid till sjukhus där de undersöks av allmänkirurger eller urologer som inte har tillgång till den utrustning som behövs och som inte heller vet hur man gör en färgdopplerultraljudundersökning. Det är då angeläget att ha ett bra samarbete med respektive röntgenklinik och att man där utvecklar och underhål-

ler sin kompetens för färgdopplerultraljud vid akuta skrotala smärtor.

Hans Hedelin

*FoU-centrum och urologkliniken,
Kärnsjukhuset Skövde
hans.hedelin@vgregion.se*

Robert Dahlberg

kirurgkliniken, Lidköpings lasarett

Hans Boman

kirurgkliniken, Alingsås Lasarett

Hur skulle ni själva göra?

■ Diskussionen mellan Peter Nilsson och Arne Melander–Gunnar Ågren om primärprevention (LT 8/2005, sidorna 576-9 och LT 10/2005, sidorna 783-5) är naturligtvis högtintressant för mig som allmänläkare. Peter Nilssons inlägg tycker jag präglas av måttfullhet, sunt förnuft och kunnsighet. För min egen del har hans inlägg bringat en hel del klarhet i detta komplexa område.

Med anledning av deras argumentation vill jag fråga Melander–Ågren: Om någon av er befanns ha följande riskprofil: blodsocker upprepade 6,0–6,5, blodtryck 160/95–100, upprepade totalkolesterolvärden 6,5–6,8, pappa haft »ålderssocker« och flera på hans sida fick stroke när de var kring 75 år.

Handen på hjärtat – förutom att förbättra er livsstil, skulle ni verkligen av-