

SINDROMUL "SCROTULUI ACUT" LA COPII

Curajos B. dr. hab. șt. med., prof. univ.,
Dzero V., dr. hab. șt. med., conf. univ.,
Bernic J., dr. hab. șt. med., prof. univ.,
Roller V. asis. univ.,

Catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică
"Natalia Gheorghiu"

- Sindromul **“scrotului acut”** (*afecțiuni acute a testiculelor*) prezintă o formă destul de frecvent întâlnită în patologia pediatrică, cu complicații majore, care atrag atenția chirurgului pediatru, urologului pediatru

Sindromul “scrotului acut” la copii

- Orice practician în prezența unui **“scrot acut”** trebuie să se gândească în primul rând la torsiunea cordonului spermatic.
- Această torsiune reprezintă una dintre urgențele din urologie și chirurgie și numai câteva ore de amânare și întârziere a diagnosticului pot să compromită definitiv testiculul.

Sindromul “scrotului acut” la copii

- Aceste motive pot explica practicarea unor explorări chirurgicale când există semne de îndoială, de a putea pune un diagnostic etiologic pentru situațiile diverse ale scrotului acut.

Sindromul "scrotului acut" la copii

- Peretele scrotal este format din 6 straturi: piele, dartos, celuloasă externă, fibroasă (fascie cremasterică), celuloasă internă și foița vaginală, compartimentat printr-un sept median sagital.
- Conținutul scrotal este format din testicul, epididim, situat pe hemicircumferința posterioară a testiculului și funiculului spermatic prin porțiunea sa intrascrotală. Se disting două zone ale acesteia: zona supravaginală și zona intravaginală

Date anatomo-clinice

- Torsiunea cordonului spermatic denumită adesea "*torsiunea de testicul*" este de o gravitate extremă și se situează în capul listei etiologiei scrotului acut.
- ***Se individualizează două tipuri:***
- *Torsiune supravaginală* (testiculi sunt pierduți în 100 % din cazuri), pe când în *torsiunile intravaginale* pierderile sunt menționate între 20 – 80 % dintre testiculi.
- De asemenea, 10 % dintre testiculi considerați "salvați" se atrofiază secundar.

Sindromul "scrotului acut" la copii. Particularități.

- Anamneza trebuie să noteze ziua și ora apariției simptomelor, debutului brusc sau progresiv, intensitatea durerilor, continuitatea sau evoluția prin pusee.
- Va stabili simptomele de însoțire ca: febră, vărsături, greață, tulburări urinare sub formă de dureri la micțiune, polakiurie, hematurie, disurie, scurgere uretrală

Sindromul "scrotului acut" la copii. Anamneza

- Se efectuează în orto- și în clinostatism. Inspekția scrotului poate releva:
- Inegalitatea de poziție între cele două burse scrotale (în mod normal în ortostatism testiculul stâng este situat cu circa 2-3 cm mai jos decât cel drept).
- Semnele locale de inflamație (rubor, dolor, calor și tumor însoțite de stare febrilă 38 – 40 °C), care apar în special în epididimite și în orhio-epididimite.

Examenul clinic

- Se va orienta asupra următoarelor elemente:
- Volumul, culoarea, poziția (ascensionată, orizontalizată) a testiculului bolnav;
- Aspectul testiculului sănătos

EXAMENUL CLINIC

- Existența unei mici încrețituri cutanate interesând pielea scrotului la polul inferior al bursei, fenomen observat în torsiunile precoce.
- Palparea burselor scrotale trebuie să aprecieze starea conținutului bursei afectate, să încerce să distingă masă dureroasă, testiculul de epididim, să cerceteze un punct dureros (cu precădere în torsiune de hidatidă), să precizeze starea cordonului spermatic, să cerceteze orificiile herniare și bursa presupusă sănătoasă.

EXAMENUL CLINIC

- Tușeul rectal va încheia examenul prin evaluarea veziculei seminale destinse uneori cu posibilitatea scurgerii de puroi prin meatul uretral la presiunea acesteia.

EXAMENUL CLINIC

- **“Scrotul acut”** se manifestă prin inflamație apărută brusc, cu dureri, care se intensifică în dinamică, tumefiere, hiperemie, căldură locală.

Examenul clinic

- Acest sindrom cuprinde mai multe patologii:
- **1. torsiunea hidatidei Morgagni**
- **2. orhiopedididimită acută, orhită**
- **3. torsiunea testiculului**
- **4. trauma scrotului și testiculului**
- **5. edem scrotal idiopatic**
- **6. cauze legate de persistența canalului peritoneo-vaginal (hidrocel acut, hernie inghino-scrotală strangulată), vaginalită în caz de peritonită, orhită urliană.** Unirea acestor sindroame în termenul "scrot acut" este condiționat de un tablou clinic comun în primele 6-12 ore de la debut (Halachmi S., et al. 2006; Waldert M. et al., 2006; Asgari S., 2006).

Sindromul "scrotului acut"

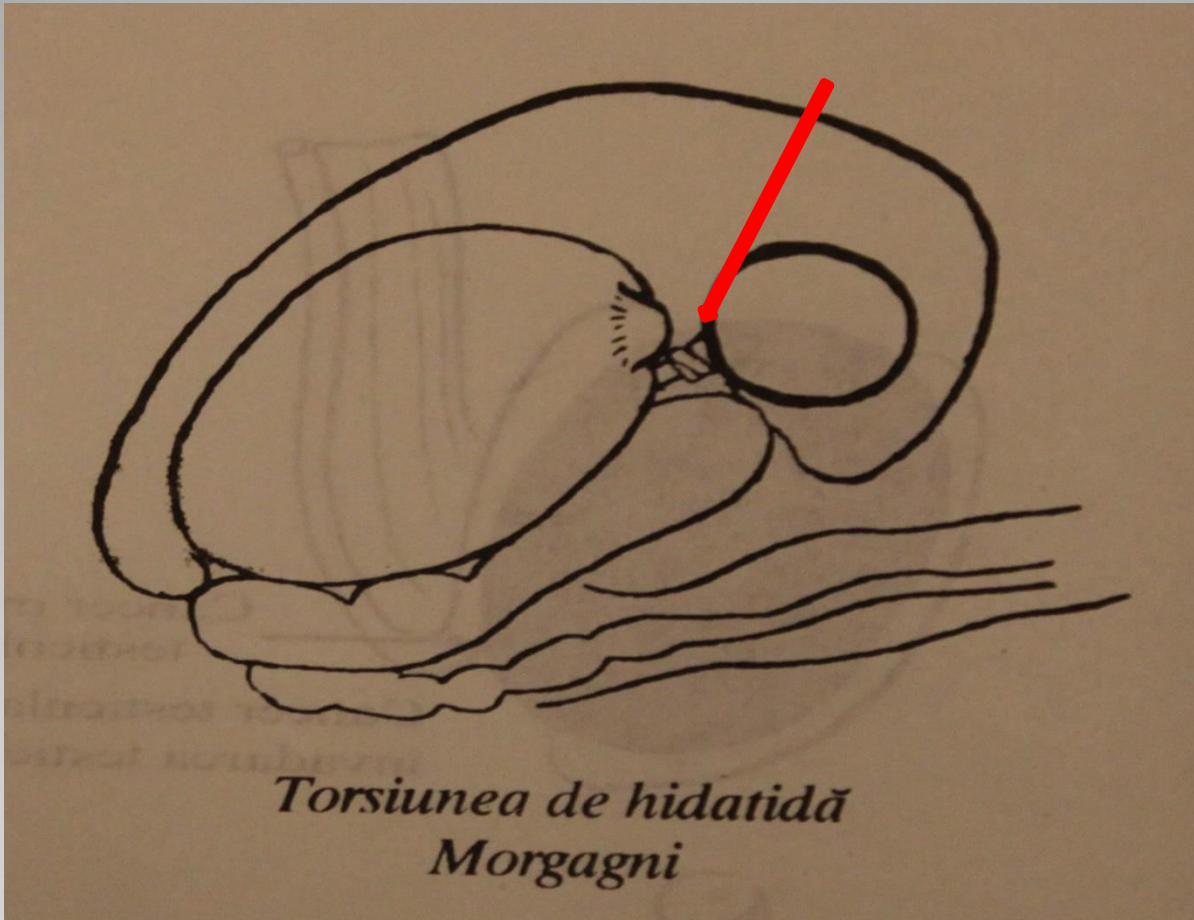
- Polimorfismul etiologic și clinic al afecțiunilor testiculare la copil ridică probleme de diagnostic și tratament sub raportul descoperirii cât mai precoce, limitării evoluției în timp și a tratamentului diferențiat

Sindromul "scrotului acut" la copii

- **Sindromul scrotului acut se manifestă prin:**

- dureri în scrot;
- edem și hiperemie a hemiscrotului;
- dureri violente la palparea testiculului și mărirea lui în dimensiuni;
- Starea generală este alterată și include semne de hipertermie, slăbiciune generală, uneori grețuri, vome

Sindromul "scrotului acut" la copii



Torsiunea hidatidei Morgagni

- Dureri subite în testicul, regiunea inghinală, sporadic dureri abdominale, cu iradierea în regiunea lombară
- Local în primele ore – un infiltrat de formă ovală în proiecția polului superior al testiculului, dolor la palpare cu dimensiuni 0,5 – 1,0 cm în diametru
- Edemul și hiperemia apar după 24 ore
- Mărirea dimensiunilor testiculare este falsă, condiționată de acumularea exudatului reactiv în cavum vaginale testis

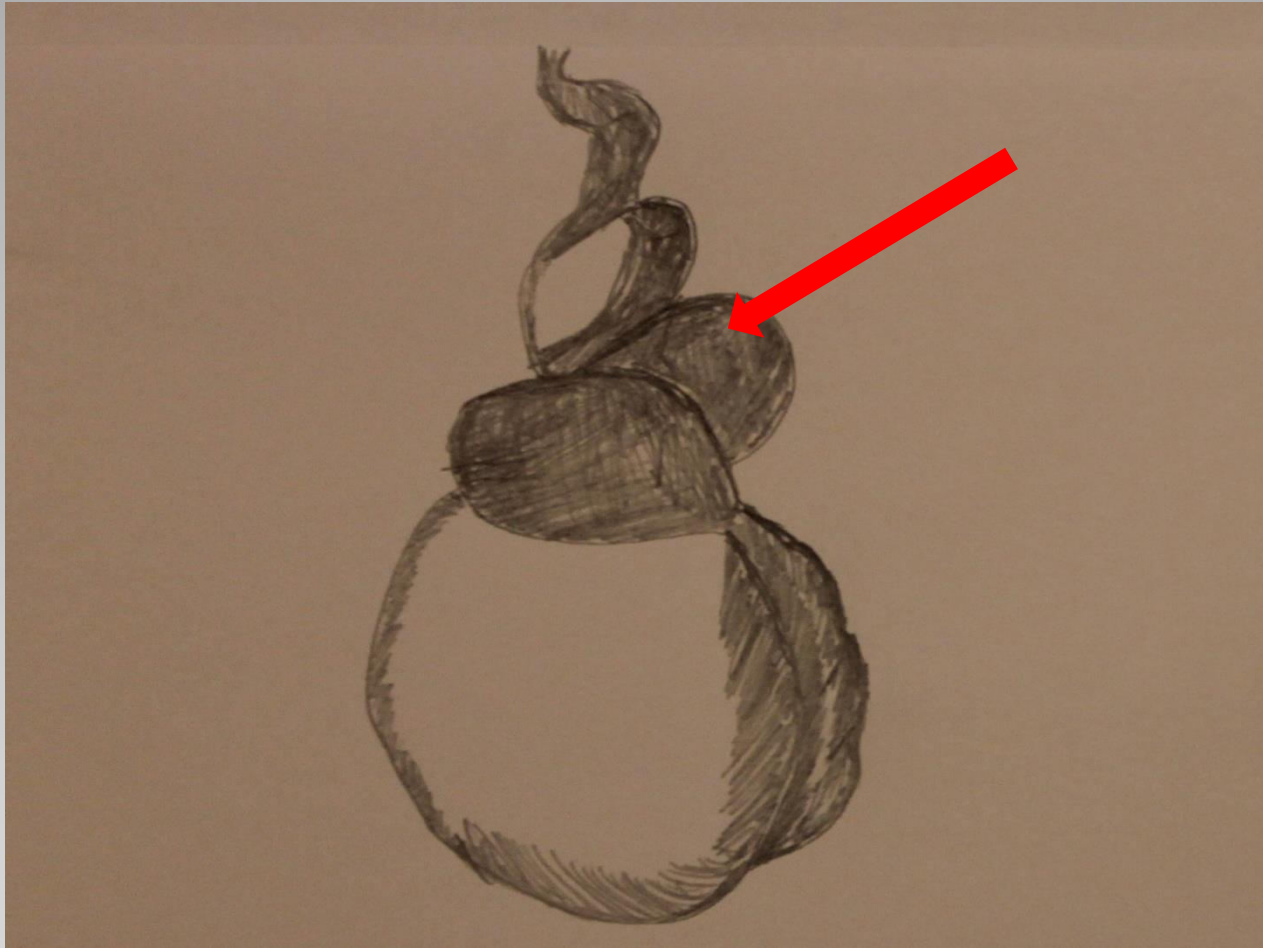
Tabloul clinic .

Torsiunea hidatidei Morgagni

- Debut acut cu dureri testiculare în repaus, suspendarea testiculului la baza scrotului;
- Schimbarea axei testiculare spre orizontal;
- Durerea și indurația funiculului spermatic;
- Edemul și hiperemia scrotului, apare după 6 ore de la debutul bolii cu progresarea bruscă în dinamică;
- Mărirea dimensiunilor testiculare este condiționată de edem în rezultatul limfo-și hemostazei

Tabloul clinic .

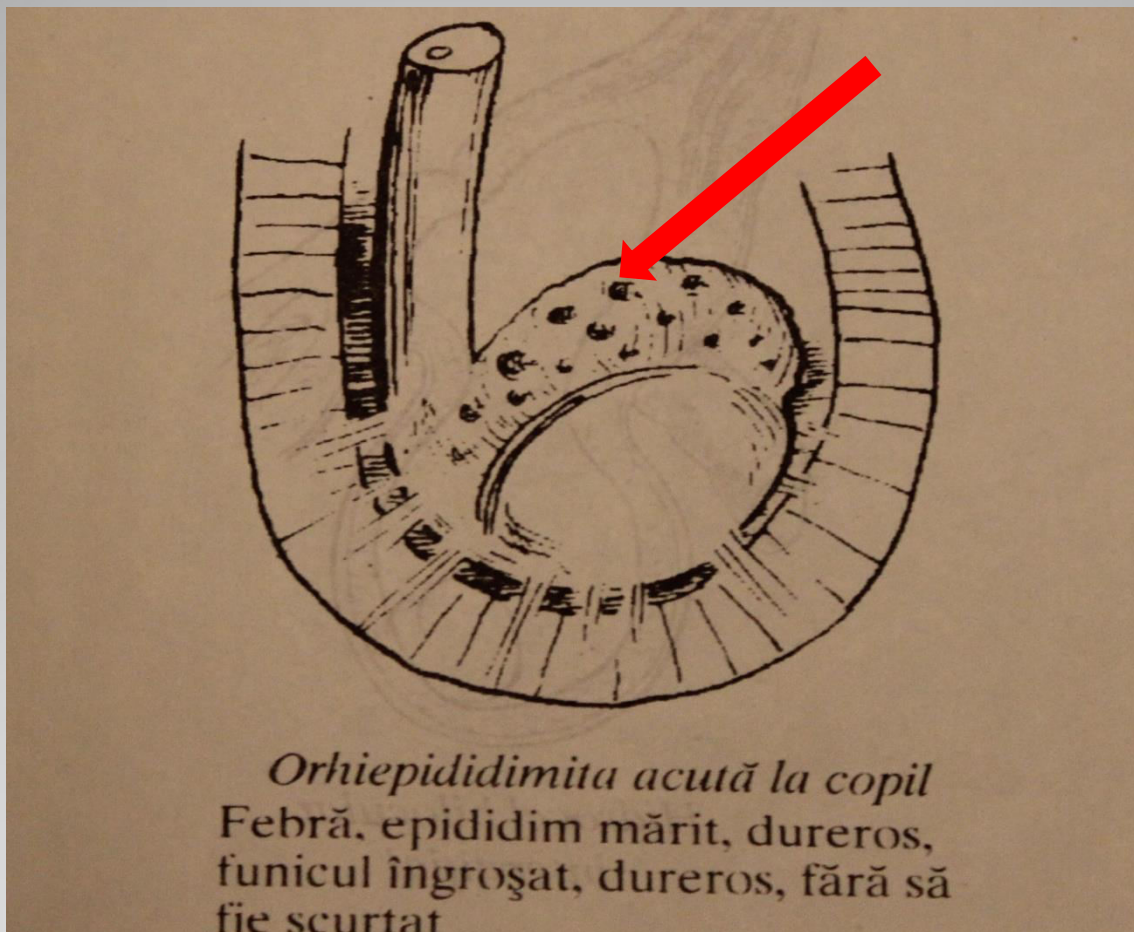
Torsiunea de testicul



Torsiunea funiculului spermatic

- Este caracteristic debutul lent cu implicarea treptată a epididimului și apoi a testiculului în întregime.
- Edemul și hiperemia scrotului progresează, testiculul devine dur la palpare și mărit în dimensiuni (mărirea dimensiunilor testiculare este veridică)

Tabloul clinic . Epididimoorhită



Sindromul "scrotului acut" la copii

- Transiluminarea (în situația unei torsiuni aceasta se însoțește de o lamă de hidrocel hemoragic);
- Examen de laborator (hemoleucograma, examen de urină, uroculturi etc.);
- Scintigrafie testiculară cu Technetiu 99;
- Explorarea Doppler;
- Echografia și alte explorări radiourologice pot fi indicate în anumite situații

Examenе complementare

- În **neoplaziile testiculare** sindromul algic nu este caracteristic pentru malignizare, desfășurarea simptomelor clinice este mai lentă și mai des este întâlnită la adolescenți
- În cazul **peritonitelor** sindromul de "scrot acut" poate fi prezent datorită infecției, care pătrunde prin procesul peritoneo-vaginal

Diagnosticul diferențial

- **Torsiunea hidatidei Morgagni:**

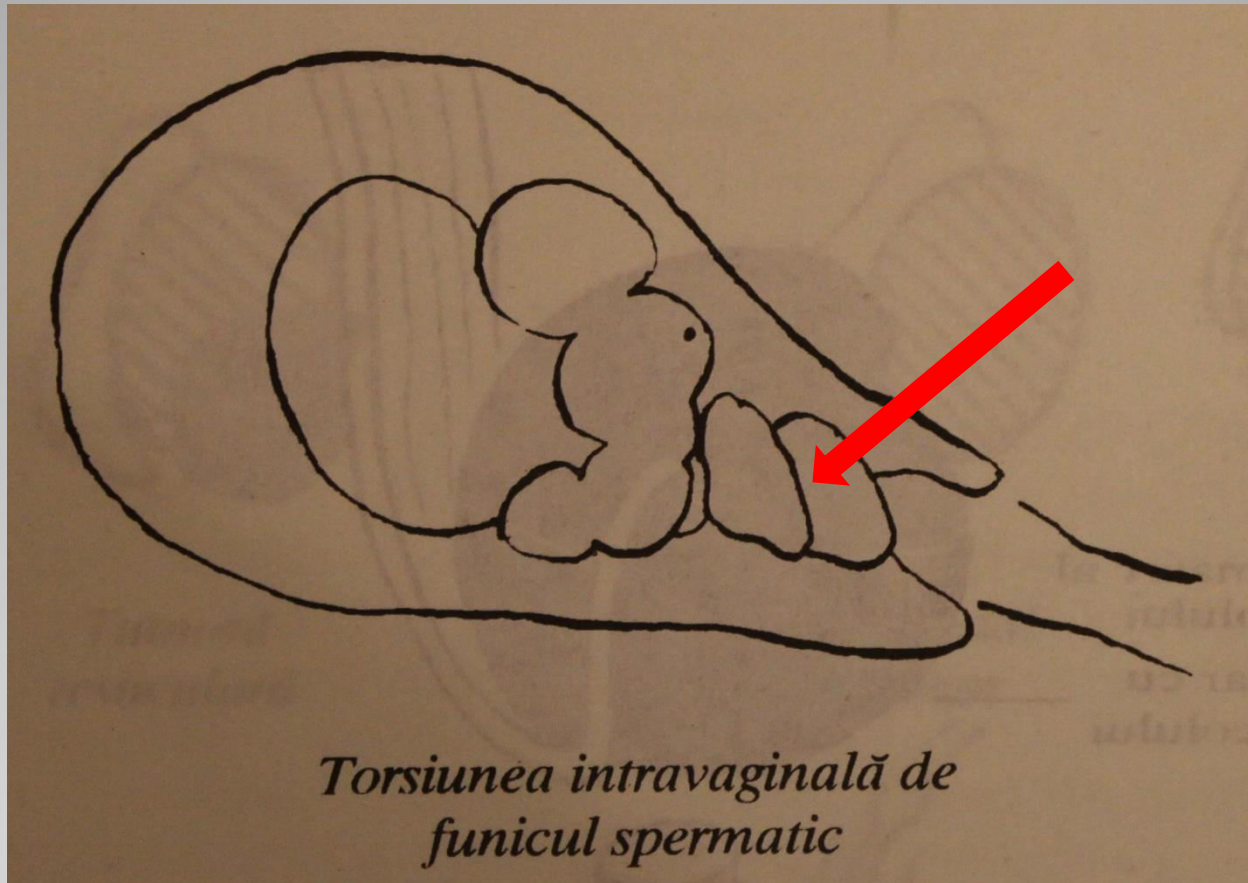
- Durerile mai pronunțate în polul superior;
- Temperatura subfebrilă;
- Tegumentele regiunii scrotului edemate, hiperemiante;
- Testiculul puțin mărit în volum;
- Cordonul spermatic dureros în segmentul inferior

Diagnostul diferențial în sindromul de "scrot acut"

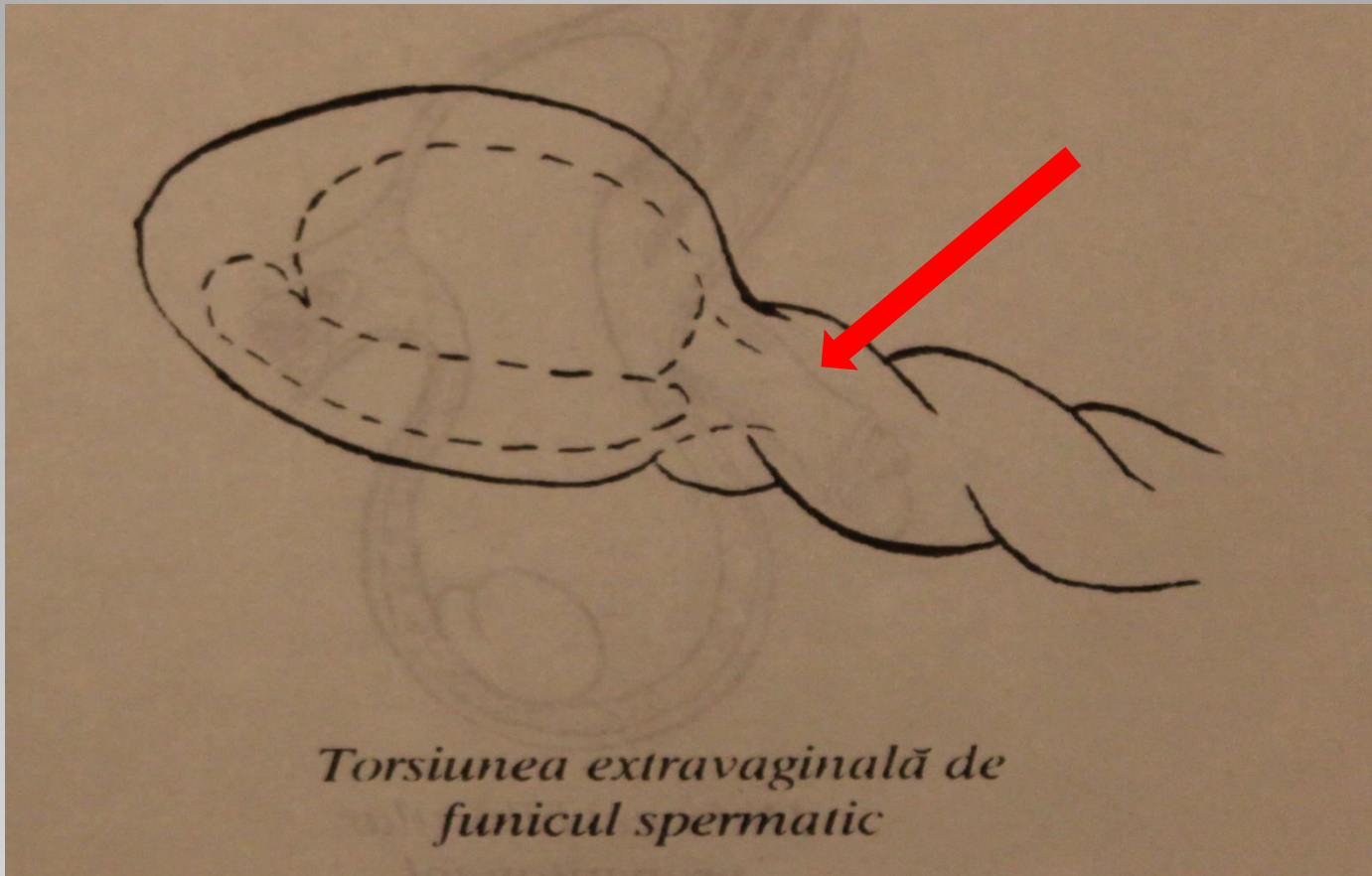
- **Torsiunea de testicul:**

- Durerile sunt prezente în hemiscrotul afectat;
- Temperatura normală, edem al scrotului nu este;
- Testiculul este retractat, situat orizontal;
- Cordonul spermatic este scurt, îngroșat

Diagnostul diferențial în sindromul de "scrot acut"



Sindromul "scrotului acut" la copii



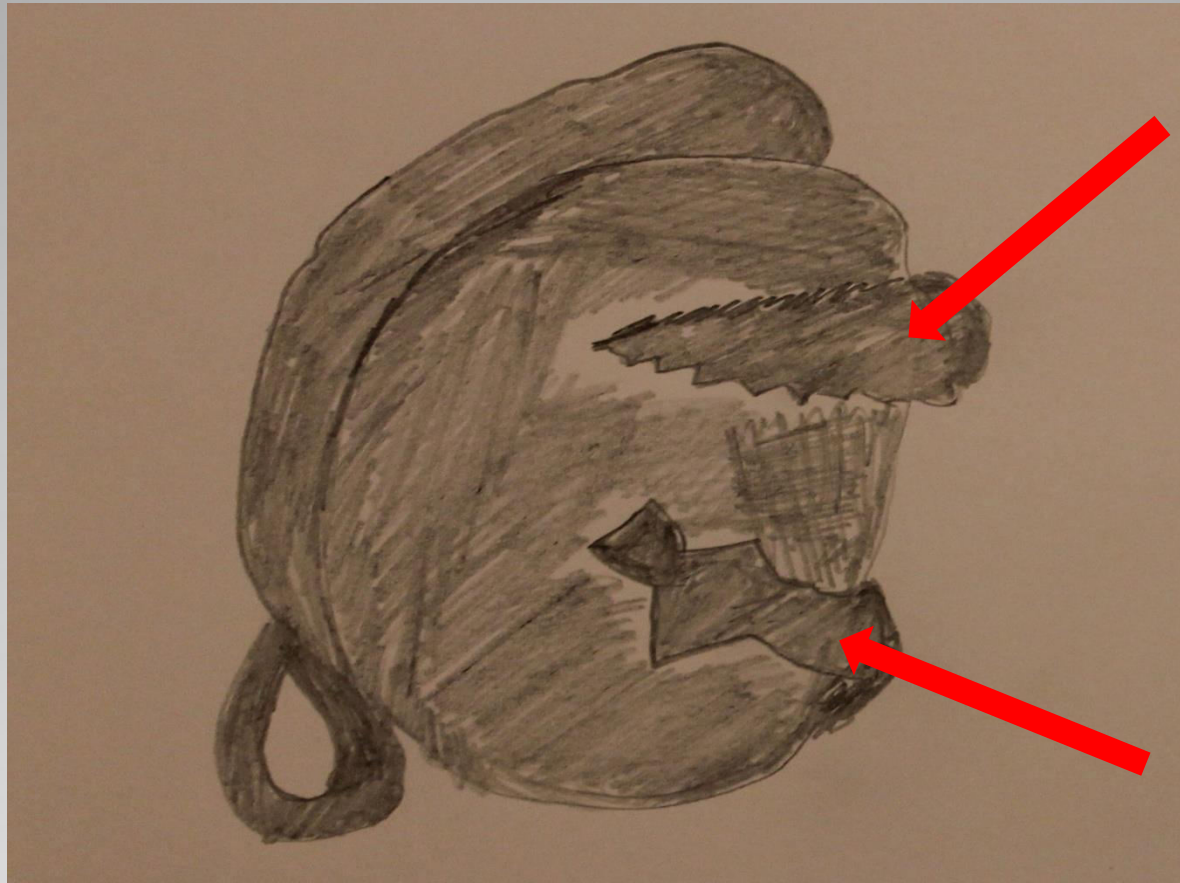
Sindromul "scrotului acut" la copii

- **Orhioepididimita acută, orhita:**
- Durerile sunt prezente, pronunțate în hemiscrot;
- Stare febrilă, tegumentele hemiscrotului sunt edemațiate evident, hiperemiate;
- Cordonul spermatic este indurat, dureros

Diagnostul diferențial în sindromul de "scrot acut"

- **Trauma scrotului și testiculului:**
- Durerile sunt pronunțate;
- Subfebrilitate;
- Tegumentele hemiscrotului sunt violacee;
- Testiculul este deformat;
- Cordonul spermatic este neschimbat;

Diagnostul diferențial în sindromul de "scrot acut"



Traumatismul testiculului

- **Edem scrotal idiopatic:**

- Durerile lipsesc;
- Temperatura normală;
- Tegumentele hemiscrotului sunt infiltrate, hiperemiante;
- Starea testiculului nu este modificată;
- Cordonul spermatic nu este schimbat

Diagnostul diferențial în sindromul de "scrot acut"

- **Orhita urliană:**
- Dureile sunt nepronunțate;
- Stare febrilă;
- Edem pronunțat bilateral al scrotului;
- Testiculi măriți bilateral;
- Cordonul spermatic puțin indurat

Diagnostul diferențial în sindromul de "scrot acut"

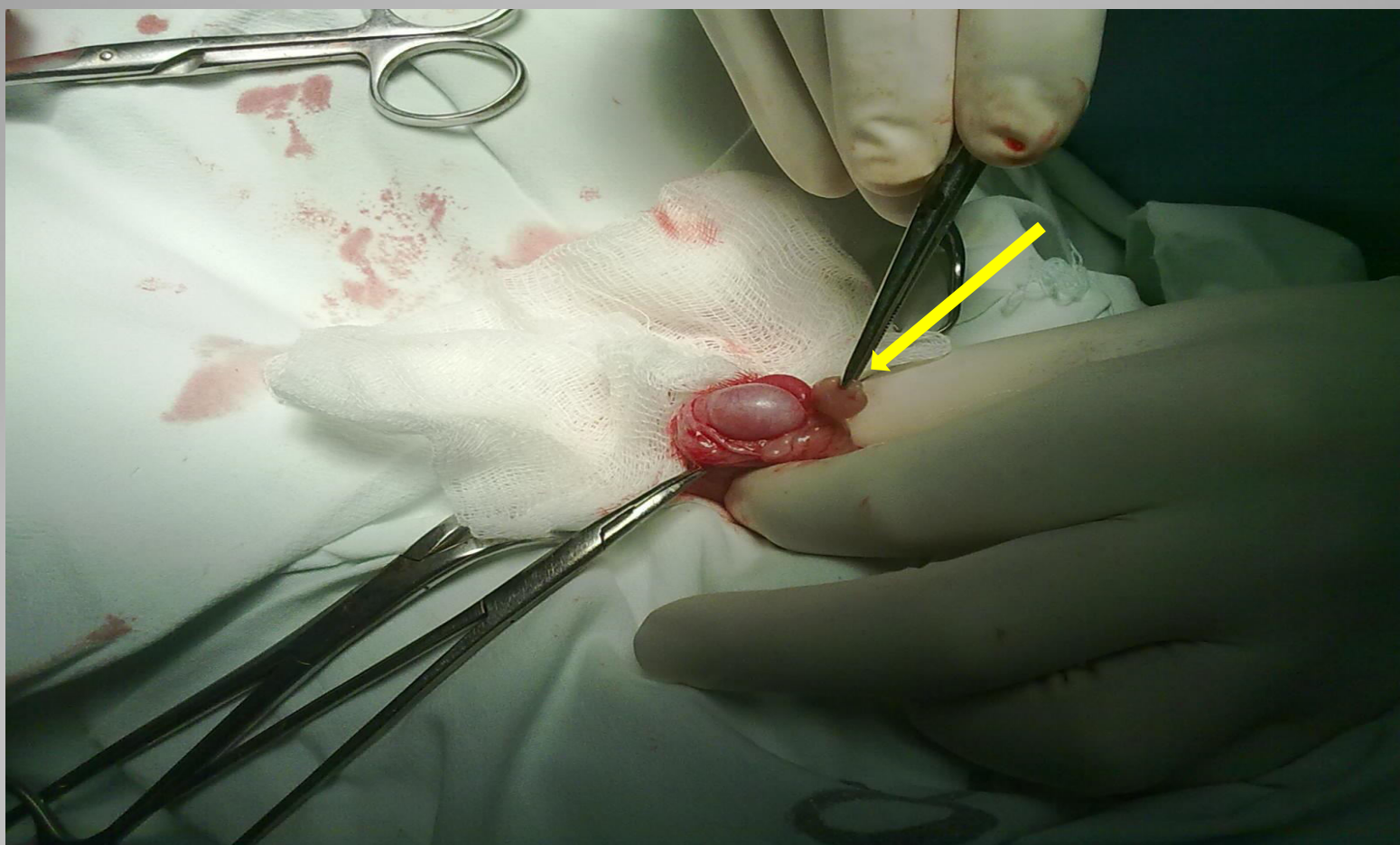
- **Hernie incarcerată:**

- Durerile sunt pronunțate;
- Temperatura normală;
- Tegumentele sunt neschimbate;
- Testiculul este neschimbat;
- Cordonul spermatic se extinde în canalul inghinal

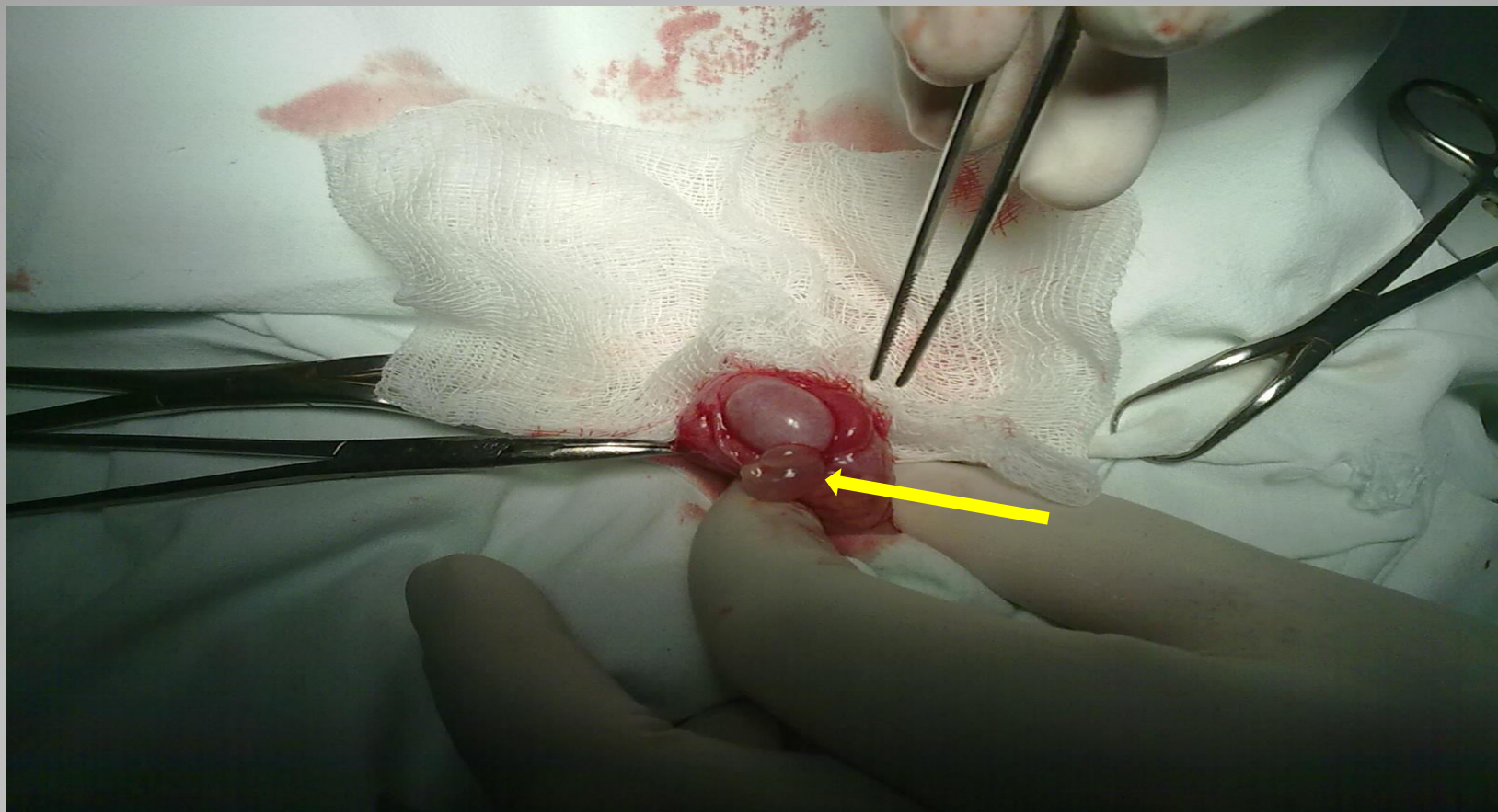
Diagnostul diferențial în sindromul de "scrot acut"

- Metoda de elecție în tratamentul torsiunii hidatidei Morgagni, torsiunii de testicul, traumei severe a scrotului și testiculului este în exclusivitate cel chirurgical, deoarece ca și "orhita acută", tratată conservativ, duce după datele a diferitor autori la schimbări ireversibile în testicul în 57-75 %

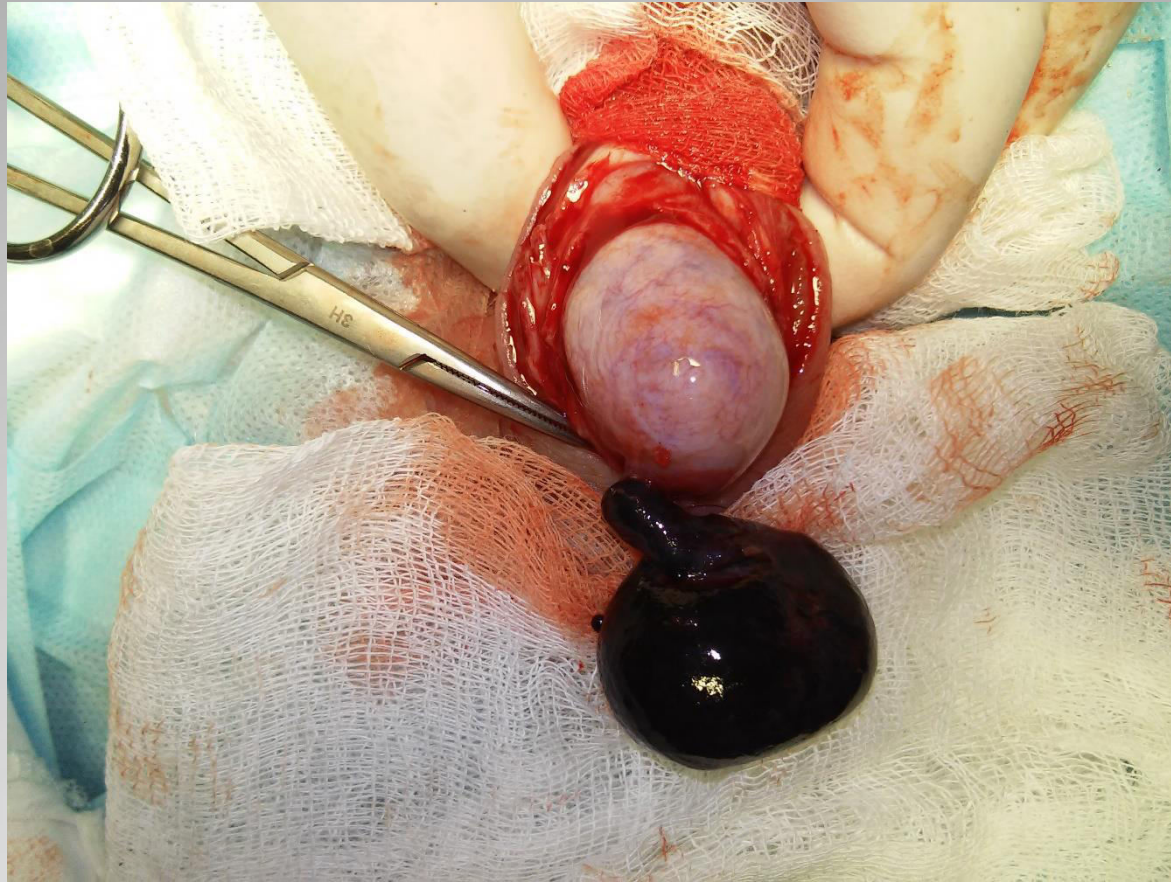
Tratament



**Torsiunea hidatidei Morgagni.
Aspect intraoperator**



**Torsiunea hidatidei Morgagni.
Aspect intraoperator**



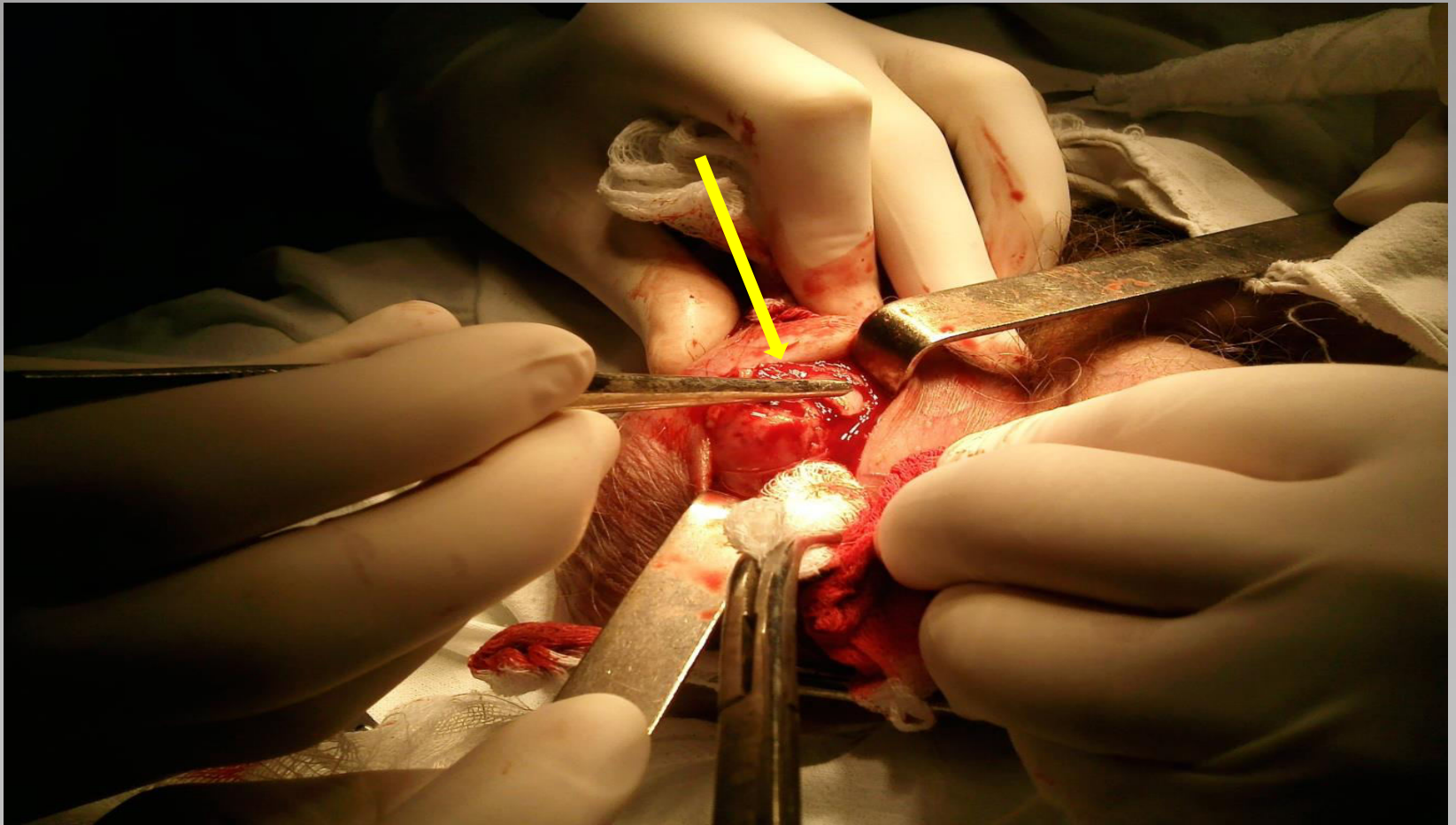
Torsia Hidatidei Morgagni



Tumor testicular



Tumor testicular



**Tumor al testiculului. Aspect
intraoperator**

Concluzii:

- În ceea ce privește funcția de spermatogeneză, în torsiunile unilaterale rezolvate prin detorsionare înainte de 4 ore la debut, un rezultat bun nu a fost găsit decât în 50 % din spermogramele practicate.
- Aceste rezultate sunt apropiate de cele întâlnite în criptorhidia unilaterală.

Sindromul "scrotului acut" la copii

Concluzii:

- Hidatida Morgagni se întâlnește cu o frecvență de 65,8 %;
- Epididimoorhita constituie – 17,5 %;
- Torsia testiculului se întâlnește în 7,8 % din cazuri;
- Trauma organelor scrotului – în 5,3 % din cazuri

Sindromul "scrotului acut" la copii

Bibliografie

- Curajos B., Dzero V., Ghețeu E., Celac V., Bernic J., Zaharia V., Roller V., Seu L. **Sindromul "scrotului acut" la copii.** În Anale Științifice a Asociației Chirurgilor Pediatri. Chișinău, 2006, p. 46-49.
- *Sabetay C (sub redacția).* **Patologie chirurgicală pediatrică.** Ediția II. Editura Aius PrintEd Craiova, 2008, p. 483-485.
- Шорманов И.С., Щедров Д.Н. и др. Варианты осложнений при синдроме острой мошонки у детей. Журнал Урология, Москва, N. 3, 2020, с. 77-80.

Sindromul "scrotului acut" la copii.