

## SINDROMUL „SCROTULUI ACUT” LA COPII

### SYNDROME OF “ACUTE SCROTUM” IN THE CHILDREN

**Boris Curajos, Jana Bernic, V.Dzero, E.Ghețeu, V.Celac, Ion Zaharia, A.Curajos, V.Roller, I.Revenco**

Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”, Catedra Chirurgie Pediatrică USMF „N.Testemițanu”

#### Summary

In given article is generalized the experience of supervision and treatment of 91 children with the syndrome of „acute scrotum”, who where admitted in our clinic during the 2005-2008 years. An early diagnose and surgical treatment is the first and necessary step among the measures taken in order to improve the medical prognosis for children with the torsion of appendages Morgagni, testicular torsion, trauma of testis.

#### Introducere

Sindromul „scrotului acut” (afecțiuni acute ale testiculelor) prezintă o formă destul de frecvent întâlnită în patologia pediatrică, cu complicații majore, care atrag o permanentă atenție a chirurgului pediatru urolog.

„Scrot acut” se manifestă prin inflamație apărută brusc, cu dureri, care se intensifică în dinamică, tumefiere, hiperemie, căldură locală.

Acest sindrom cuprinde mai multe patologii:

1. Torsiunea hidatidei Morgagni,
2. Orhioepididimită acută, orhită,
3. Torsiunea testiculului,
4. Trauma scrotului și testicolului,
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.

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.

#### Obiective

A evidenția erorile posibile în diagnosticul sindromului „scrotului acut” pentru evaluarea managementului medico-chirurgical, alegerea metodelor de tratament adecvat și îmbunătățirea rezultatelor acestuia.

#### Material și metode

Tabelul 1

Repartiția patologiilor ale sindromului scrotului acut după vârstă

Nr. d/o	Patologia	Vârsta	Nr. pacienților
1.	Torsiunea hidatidei Morgagni	5-17 ani	59
2.	Orhioepididimită acută	6-10 ani	7
3.	Torsiunea de testicol	4-8 ani	14
4.	Trauma scrotului și testicolului	10-13 ani	6
5.	Edem scrotal idiopatic	2-12 ani	2
6.	Orhită urliană	13-16 ani	3

Studiul a inclus un lot de 91 copii de la 4 ani până la 17 ani cu sindromul scrotului acut: torsiunea hidatidei Morgagni - 59 cazuri, torsiunea de testicol - 14 cazuri, orhioepididimită acută - 7 cazuri, trauma scrotului și testicolului - 6 cazuri, edem scrotal idiopatic - 2 cazuri, orhită urliană - 3 cazuri, stabilite prin metode clinico-paraclinice și imagistice, tratați chirurgical în secțiile de urologie pediatrică și chirurgia de urgență ale CN ȘPCP „Natalia Gheorghiu” în perioada anilor 2005-2008.

Gradul de manifestare a semnelor clinice depinde de vârsta copilului (Tabelul1), tipul afecțiunii și durata ei.

#### Rezultate și discuții

Trăsăturile caracteristice ale sindromului „scrotului acut” sunt: dureri în scrot, edem și hiperemia hemiscrotului, dureri violente la palparea testiculului și mărirea lui în dimensiuni. În afară de semnele locale se alterează starea generală: hipertermie, slăbiciuni generale, uneori grețuri, vome.

Pentru tabloul clinic al *torsiunii hidatidei Morgagni* sunt caracteristice dureri subite în testicul, regiunea inghinală, sporadic abdominale, cu iradierea în regiunea lombară. Local în primele ore deseori se depistează un infiltrat de formă ovală în proiecția polului superior al testiculului, dolor la palpate cu dimensiuni 0,5-1 în diametru. Edemul și hiperemia apar după 24 de ore. Mărirea dimensiunilor testiculare este falsă, care este condiționată de acumularea exudatului reactiv în cavum vaginal testis.

Semnele clinice de bază al *torsiunii de testicol* sunt: debut acut cu dureri testiculare în repaus, suspendarea lui la baza scrotului, schimbarea axei testiculare spre orizontal, durerea și indurația funiculului spermatic, edemul și hiperemia scrotului, care apar după 6 ore de la debutul bolii cu progresarea bruscă în dinamică. Mărirea dimensiunilor testiculare este condiționată de edem în rezultatul limfo- și hemostazei.

Pentru afecțiunile inflamatorii (*epididimoorhită*) este caracteristic debutul lent cu implicarea treptată a epididimului și apoi a testiculului în întregime. Edemul și hiperemia scrotului progresează, testiculul devine dolor la palpate și mărit în dimensiuni (mărirea dimensiunilor testiculare este veridică).

Tabloul clinic al patologiilor, care provoacă sindromul de „scrot acut”, este asemănător și necesită un diagnostic diferențial pentru precizarea tratamentului necesar (Tabelul 2).

Tabelul 2

Diagnosticul diferențial în sindromul de „scrot acut” (B.Curajos)

Nr. d/o	Patologia	Dureri	Febra	Tegumentele	Starea testiculului	Cordonul spermatic
1.	Torsiunea hidatidei Morgagni	Prezente, mai pronunțate în polul superior	Subfebrilă	Edem, hiperemie	Puțin mărit în volum	Dureros în segmentul inferior
2.	Torsiunea de testicul	Prezente	Nu-i	Edem	Testiculul retractat, situat orizontal	Scurt, îngroșat
3.	Orhoepididimită acută, orhita	Pronunțate	Febrilă	Edem pronunțat, hiperemie	Mărit în volum	Îndurat, dureros
4.	Trauma scrotului și testiculului	Pronunțate	Subfebrilă	Violacee	Deformat	Neschimbat
5.	Edem scrotal idiopatic	Lipsește	Nu-i	Infiltrate, hiperemiate	Neschimbat	Neschimbat
6.	Orhită urliană	Nepronunțate	Febrilă	Edem pronunțat bilateral	Mărit bilateral	Puțin îndurat
7.	Hernie incarcerată	Pronunțate	Nu-i	Neschimbate	Neschimbat	Tumefierea se extinde în canalul inghinal

În diagnosticul diferențial al sindromului de „scrot acut” cu neoplaziile testiculare sindromul algic nu este caracteristic pentru malignizare, desfășurarea simptomelor clinice este mai lentă și mai des este întâlnită la adolescenți.

În cazul de peritonite sindromul de „scrot acut” poate fi prezent datorită infecției, care pătrunde prin procesul peritono-vaginal.

E necesar de menționat, că metoda de elecție în tratamentul torsiunii hidatidei Morgagni, torsiunii de testicul, traumei severe a scrotului și testiculului este în exclusivitate cea chirurgicală, deoarece ca și „orhita acută”, tratată conservativ, duce după datele a diferitor autori la schimbări ireversibile în testicul în 57-75% [8,9].

86 copii din grupele 1-4 au fost operați în primele 2 ore după internare, efectuându-se revizia testiculului, înlăturarea cauzei cu drenarea bursei scrotale.

Într-un singur caz s-a efectuat orhofuniculectomia la copil cu torsia testiculului, care s-a adresat după 48 ore de la debutul

bolii. În perioada postoperatorie în 100% cazuri s-a aplicat tratamentul antibacterian și de desensibilizare. Drenurile s-au înlăturat în primele 48 ore. Durata tratamentului în staționar 4-7 zile.

Evoluția postoperatorie practic la majoritatea pacienților decurge normal. Numai la 2 pacienți cu orhoepididimită acută peste 3-4 ani s-a depistat hipoplazia testiculului și la 3 copii - torsiunea hidatidei Morgagni pe partea opusă și au necesitat intervenție chirurgicală.

**Concluzii**

1. Soluția terapeutică optimă este reprezentată de intervenția chirurgicală de urgență în cazurile de torsie a hidatidei Morgagni, torsie de testicul, orhoepididimită acută, traumatism.

2. Celelalte patologii necesită tratament conservativ sau a patologiei de bază.

**Bibliografie**

- LUCAN M., Tratat de tehnici chirurgicale urologice, Infomedica, București, 2001.
- NICOLESCU D., Urologie, Editura didactică și pedagogică, București, 1990.
- OȘAN V., Urologie, Târgu-Mureș, 2003.
- PROCA E., ILIESCU L., Urologie, Curs universitar, Editura universității Titu Maiorescu, 2004.
- SINESCU I., Urologie clinică, Editura medicală AMALTEA, București, 1990.
- TODE V., Urologie clinică, Editura Companiei Naționale, Constanța, 2000.
- SHIPSTONE D., Pain and swelling of the scrotum, epididymitis and torsion, Surgery 24:5, vol.73, p.160-162.
- ДУХАНОВ А.Я. „Урология детского возраста”, МЕДГИЗ, 1961.
- ЛОПАТКИН Н.А., Руководство по урологии, Москва, Медицина, 1998, 2-й том.
- ЛЮЛЬКО А.В., „Неотложная урология и нефрология” Киев, „Здоровье”, 1996.
- ЗУЕВ Ю.Е., „Острые заболевания яичек у детей”, автореф. дис. канд. мед. н., Москва, 1979.