

Uzun Mezorşiuma Bağlı Testis Torsiyonu: Olgu Sunumu

Testicular Torsion Due to Long Mesorchium: Case Report

Süleyman Ayvaz¹, Salih Karaca¹, Hakan Gençhellaç², Mehmet Kirici², Ekrem Çancılar¹, Mehmet Pul¹

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahi AD, Edirne

²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD, Edirne

ÖZET

Uzun mezorşiuma bağlı testis torsiyonu, genitoüriner aciller arasında nadir görülen bir klinik durumdur. Skrotal şişlik ve ağrı yakınması ile hastanemize başvuran bir yaşındaki olgunun şikâyetinin yaklaşık 24 saat önce başladığı öğrenildi. Skrotal renkli doppler ultrasonografi görüntülemesinde sol testiste renk dolumu ve kan akımı izlenmedi. Fakat artmış epididim kanlanması görüldü. Testiküler torsiyon ön tanısı ile operasyona alınan hastada, sol testisin torsiyone olduğu gözlemlendi. Testiküler detorsiyon yapıldığında, uzun mezorşiuma bağlı testis torsiyonunun geliştiği anlaşıldı. Bilateral skrotal fiksasyon yapıldı. Testiküler detorsiyon ile birlikte yapılacak bir değerlendirmenin, uzun mezorşiuma bağlı testis torsiyonu sıklığının ortaya konmasında faydalı olacağına inanıyoruz.

Anahtar kelimeler: Epididimo-testiküler anomali, testis torsiyonu, uzun mezorşium

GİRİŞ

Testis torsiyonu, testis kan akımındaki azalma ile karakterize acil bir cerrahi patolojidir. Testis torsiyonunda testis sert ve ağrılıdır. Skrotumda hacim artışı, ödem ve ciltte eritem gelişir. İki çeşit testis torsiyonu görülmektedir. İntravaginal (intratunikal) torsiyon, testis ve epididimin tunika vaginalis içerisinde anormal ve/veya uzun mezenterik bağlantı olduğu durumlarda görülür. Ekstravaginal (ekstratunikal) torsiyon ise testisin inişinin tamamlandığı, ancak tunika vaginalisin etrafı bağ dokusuna fiksasyonunun henüz tamamlanmadığı bir dönemde oluşan bir torsiyondur (1,2).

Testis ve epididim arasında sadece ince bir bağlantının olduğu durumlarda (epididimo-testiküler füzyon anomalisi) bu iki organ arasında torsiyon nadiren oluşur ve intravaginal torsiyon olarak sınıflandırılmaktadır. Ancak, Favorito ve ark. uzun mezorşiuma bağlı testis torsiyonunu intravaginal torsiyonların dışında ayrı bir torsiyon olarak sınıflandırmıştır (3).

ABSTRACT

Testicular torsion due to long mesorchium is a rare clinical condition among genitourinary emergencies. An one-year-old patient with scrotal swelling and pain admitted to hospital. His symptoms was started about 24 hours before the admission. On scrotal Doppler ultrasonography, there was no colour filling or blood flow in left testicle. The patient was operated with the pre-diagnosis of testicular torsion. During the operation, left testicular torsion was noticed. When the testicular detorsion was performed, it was found that testicular torsion was due to long mesorchium. Bilateral testicular fixation was performed. We believe that careful evaluation during testicular detorsion is helpful to determine the frequency of testicular torsion due to long mesorchium.

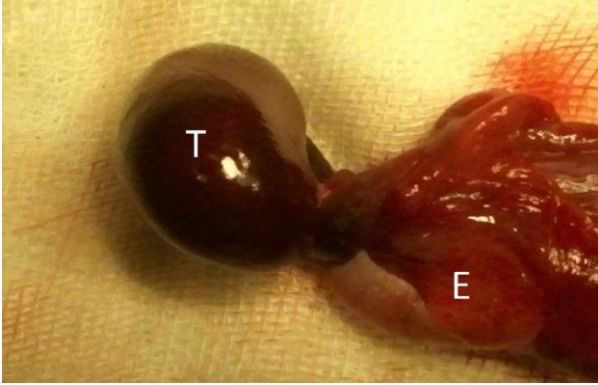
Keywords: Epididymo-testicular abnormality, testicular torsion, long mesorchium

Uzun mezorşium epididimo-testiküler füzyon anomalilerinden biridir. İnmemiş testisi olan hastalarda bu anomali normal popülasyona oranla daha fazla görülmektedir. İnmemiş testisi olan hastalarda yaklaşık %20-30 oranında görülmektedir (3,4). Testis torsiyonunun etyopatogenezinde nadir olduğunu düşündüğümüz uzun mezorşiuma bağlı testis torsiyonu gelişen vakayı sunduk.

OLGU

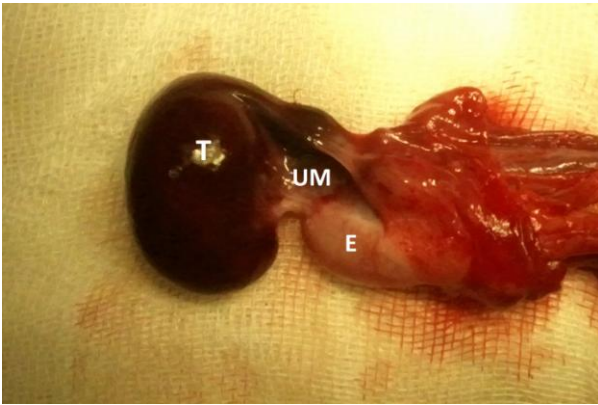
Skrotal ağrı ve şişlik yakınması ile çocuk acil servisine başvuran bir yaşında erkek hastanın şikâyetlerinin yaklaşık 24 saat önce başladığı ve herhangi bir genital travma öyküsünün olmadığı öğrenildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde skrotumda hacim artışı ve skrotal ciltte hipereminin geliştiği gözlemlendi. Palpasyonla sol testis sert ve ağrılıydı. Skrotal elevasyonla ağrıda artış saptandı. Testis torsiyonu ön tanısı ile yapılan renkli doppler ultrasonografide (USG) sol testiste kanlanma izlenmedi. Fakat epididimin

kanlanmasının arttığı gözlemlendi. Hasta acil operasyona alındı. Tunica vaginalis açıldığında testis nekroze görünümdeydi (Resim 1).



Resim 1: Torsiyone testis. T: Testis. E: Epididim

Testis detorsiyone edildiğinde, testisin 720 °C torsiyone olduğu anlaşıldı. Testis torsiyonunun uzun mezorşiuma bağlı geliştiği ve testiste Tip V epidimo-testikuler füzyon anomalisi olduğu görüldü (Resim 2). Detorsiyone edilen testise sıcak kompres uygulandı. Testisin kanlanmasında bir miktar düzelme olduğu görüldü. Skrotal fiksasyon yapıldı. Karşı taraf testisi de değerlendirmek için skrotal eksplorasyon ile testis açığa çıkartıldı. Aynı epidimo-testikuler füzyon anomalisi (Tip V) karşı taraf testiste de saptandı. Sağ testiküler fiksasyon yapılarak operasyona son verildi.



Resim 2: Detorsiyone testis. T: Testis. UM: Uzun mezorşium. E: Epididim

TARTIŞMA

Epididimal anomaliler 6 grupta sınıflanmaktadır. Tip I: Epididim baş ve kuyruk kısmından testise bağlıdır. Tip II: Epididim testise total olarak birleşmiştir. Tip III: Epididimal kuyruk testisten ayrıdır. Tip IV: Epididimal

baş testisten ayrıdır. Tip V: Epididim total olarak testisten ayrıdır. Tip VI: Epididimal atrezi vardır (3).

Testis torsiyonunun tedavisinde başarı, tanın erken konması ve en hızlı biçimde cerrahi olarak detorsiyon yapılarak her iki testisin skrotuma uygun biçimde tespit edilmesiyle sağlanmaktadır. Testis torsiyonu sonrasında testis kaybını belirlemede en önemli kriter torsiyonun derecesi (1800, 3600, 7200 gibi) ve kaç saat sürdüğüdür. Torsiyone testis ilk 6 saat içinde detorsiyon edildiği takdirde canlılığını koruyabilmektedir (5). On iki saatten az torsiyona maruz kalan testislerin %4'ü nekroza giderken, torsiyon süresi 12 saatten fazla olan olgularda bu oran %75'e kadar çıkmaktadır. Yirmi dört saatten daha uzun süren olgularda ise, testiste geriye dönüşümsüz değişikliklerin olduğu bulunmuştur (6). Bizim olgumuzda ise torsiyon süresinin tam olarak 24 saati geçmemesi ile birlikte, detorsiyon ve sıcak kompres uygulaması ile testiste bir miktar da olsa kan dolaşımının düzelmesi üzerine orşiektomi yapılmamıştır. Ameliyat sonrasında yapılması planlanan doppler USG kontrollerinde testis kan akımında ve boyutlarında bir azalma ile birlikte testiküler atrofiyi işaret eden bulgular varlığında geç dönem orşiektomi yapılması uygun görüldü.

Bizim olgumuz bu sınıflamaya göre tip V füzyon anomalisine karşılık geliyordu. Testis bu nedenle epididimden ayrı olarak torsiye olmuştu (Resim 2). Uzun mezorşiumu olan hastalara genellikle inmemiş testis de eşlik eder (4). Bu yüzden, akut skrotal veya inguinal ağrı gelişen inmemiş testisli hastalarda uzun mezorşiumdan kaynaklı testis torsiyonu düşünülmelidir (7). Fakat bizim hastamızda inmemiş testis mevcut değildi. Uzun mezorşiuma bağlı testis torsiyonları hakkında yaptığımız literatür taramasında az sayıda çalışmaya rastladığımız için bu füzyon anomalisinden kaynaklanan testis torsiyonlarının nadir olduğunu düşündük. Öte yandan Favorito ve ark. testiküler torsiyon nedeni ile tedavi edilen 25 hastadan 4'ünde (%16) uzun mezorşiuma bağlı testis torsiyonu olduğunu bildirmişlerdir (3).

Chan ve ark. mezorşial testis torsiyonu nedeniyle opere edilen bir hastanın, pre-op doppler USG görüntülemelerinde epididimdeki kanlanmanın arttığına görülmesi üzerine bir süre epidimit tanısı ile tedavi edildiğini bildirmişlerdir (8). Bu nedenle akut skrotum ön tanısı ile doppler USG incelemesi esnasında testiküler iskeminin aksine epididimal kanlanmanın artmış olabileceği durumlarda uzun mezorşiuma bağlı testis torsiyonu göz önünde bulundurulmalıdır. Olgumuzda da doppler USG'de sol

testiste arteryel kan akımının görülmemesine rağmen epididimin kanlanması artmış olduğu gözlemlendi.

Sonuç olarak uzun mezorşiuma bağlı testis torsiyonu nadir görülen ürolojik bir acildir. İnmemiş testisi olan hastalarda bu tip torsiyon daha sık görülmesine karşın, normal çocuklarda da görülebilir. Testis torsiyonu operasyonunda, detorsiyon uygulandıktan sonra epididimo-testiküler füzyon anomalileri açısından yapılacak değerlendirme, uygulanacak cerrahi yöntem noktasında herhangi bir farklılık getirmemekle birlikte, uzun mezorşiuma bağlı gelişen testis torsiyonun görülme sıklığının daha net belirlenmesi bakımından önemli olduğunu düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Rowe MI, O'Neill Jr JA, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG. Essentials of Pediatric Surgery. 1nd ed. St. Louis: Mosby – Year Book, 1995.
2. Kelalis PP, King LR, Belman AB: Clinical Pediatric Urology. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Co., 1992.
3. Favorito LA, Cavalcante AG, Costa WS. Anatomic aspects of epididymis and tunica vaginalis in patients with testicular torsion. Int Braz J Urol. 2004; 30: 420-4.
4. Han CH, Kang SH. Epididymal Anomalies Associated with Patent Processus Vaginalis in Hydrocele and Cryptorchidism. J Korean Med Sci. 2002; 17: 660-2.
5. Rampaul MS, Hosking SW. Testicular torsion: most delay occurs outside hospital. Ann R Coll Surg Engl. 1998; 80: 169-72.
6. Anderson JB, Williamson RC. Testicular torsion in Bristol: a 25-year review. Br J Surg. 1988; 75: 988-92
7. Corbett HJ, Simpson ET. Management of the acute scrotum in children. ANZ J Surg. 2002; 72: 226-8.
8. Jennifer L. Chan, Judith M. Knoll, Peter L. Depowski, Richard A. Williams, Justine M. Schober. Mesorchial testicular torsion: case report and a review of the literature. Urology. 2009; 73: 83-6.

Yazışma Adresi:

Dr. Süleyman AYVAZ

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahi
AD 22030 EDİRNE

Tel: 5078360327

E-posta: suleyvaz@yahoo.com