

OLGU

Ömür Memik¹
Ali Kayıkçı¹
Osman Akyüz¹
Mehmet Yaşar²

¹Düzce Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Üroloji AD, Düzce
²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi AD, Düzce

Yazışma Adresi:
Yard. Doç. Dr. Ali Kayıkçı
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi
Üroloji AD, Düzce
Tel: 05325126700
Email: aalii1@mynet.com

Konuralp Tıp Dergisi
e-ISSN1309-3878
konuralptipdergi@duzce.edu.tr
konuralpgeneltip@gmail.com
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Testis Torsiyonu: Olgu Sunumu

ÖZET

Testis torsiyonu genitoüriner aciller arasında üst sıralarda yer alan bir patolojidir. Gecikmiş vakalarda orşiektomi gerekebilir. Altı yaşındaki olgumuzda kliniğimize başvurusundan iki gün önce hafif karın ağrısı, skrotal ağrı ve hacim artışı başlamış. Ağrının şiddetlenmesi ve şişlikte artma nedeni acile başvuran hastanın yapılan muayenesinde karında hassasiyet, sol skrotumunda şişlik ve hiperemi, sol testisi palpasyonla ağrılı ve ödemli tespit edildi. Hastanın skrotal renkli Doppler USG’de ise sol testiste renk dolumu ve akım izlenmedi. Hasta sol torsiyone testis ön tanısıyla acil operasyona alındı. Operasyon sırasında siyah renkte nekrotize testis parankimine yapılan insizyonla testisin kanlanmadığına karar verilmesi ve 48 saati aşan süre üzerine hastaya sol orşiektomi yapıldı. Çocuk yaş grubu da dahil akut batın incelemesinde testis torsiyonu akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Testis Torsiyonu, Skrotal Doppler Ultrasonografi, Akut Batın

Testicular Torsion: Case Report

SUMMARY

Testicular torsion represents a real emergency among genitourinary disorders. A delay in diagnosis may lead to orchiectomy. A six-year old male patient had abdominal pain with scrotal tenderness and swelling lasting two days. The patient attended the emergency service as his symptoms worsened. Physical examination revealed mild abdominal tenderness, left scrotal hyperemia and edema. Left testicle was also edematous and tender. Doppler ultrasonography demonstrated no vascular supply for the left testicle. Surgical exploration revealed a dark necrotic left testicle and no tissue vascularisation on a parenchymal incision. Therefore a left orchiectomy was performed upon the consideration of longer than two days of history. A probability of testicular torsion should be considered in the evaluation of acute abdomen for children of any age.

Key words: Testicular Torsion, Scrotal Doppler Ultrasonography, Acute Abdomen

GİRİŞ

Spermatik kord torsiyonu, sıklıkla adolesan dönemde ortaya çıkan spermatik kordun torsiyonuna bağlı testise olan kan akımındaki azalma ile karakterize gerçek bir cerrahi acil durumdur. Testis torsiyonu; ekstravajinal, intravajinal ve testis eklerinin torsiyonu olmak üzere üçe ayrılır. Ekstravajinal torsiyon tunika vajinalislerin spermatik korda bağlantı noktalarının proksimalinden gelişir. İntravajinal torsiyon ya da kordun tunika vajinalis boşluğu içindeki torsiyonu ise testisin ve epididimin uygun bir kısmının kordu skrotum içinde saran fasyaya ve kasa ait tabakalara normal bir fiksasyon yapamamasına bağlı olarak gelişir. Apendiks testis ve apendiks epididimis yani testis eklerinin torsiyonu ise adolesan çağında kitlelerinin artması sonucu küçük pedikülleri etrafında daha kolay dönmelerine yol açan hormonal stimülasyona bağlı olarak oluşur. Olayı başlatan faktörün sıklıkla kordona eğimli tutunan kremaster kasının spazmı olduğu düşünülmektedir. Kremaster kasının kasılması sağ testisin saat yelkovanı yönüne, sol testisin ise saat yelkovanı ters yönüne dönmesine neden olur. Hastanın kliniğinde testis ve skrotumda ödem ve eritem gelişir ki bu da torsiyone olan noktanın proksimalinde oluşan vasküler staza bağlıdır. Ekstravajinal torsiyon sıklıkla doğum öncesi ve doğum sonrası ilk 30 günlük dönemde gelişirken (1,2), intravajinal torsiyon en sık 10-14 yaşları arasında gözlenir. Testisteki yapısal hücrelerinde iskemiye duyarlılığı farklıdır. Spermatogonik hücreler iskemiye duyarlı iken Leydig hücreleri iskemiye daha dayanıklıdır. Spermatik kordun oklüzyonundan sonraki ilk 4 saat içinde testis parankiminde geri dönüşümsüz iskemik hasar gelişebilir. Yapılan çalışmalarda torsiyon belirtileri başladıktan sonraki 8 saat içinde opere edilen testislerde normal testis boyutları korunmasına ve morfolojide hafif değişiklikler olmasına rağmen, belirtilerden sonraki 4 saat içinde detorsiyon yapılan erkeklerin sadece %50'sinde normal semen analizi sonuçları bulunduğunu bildirmişlerdir (3-5). Torsiyonun derecesinin zamana bağlı olarak testis canlılığı üzerinde önemli etkisi olduğu görülmektedir. 20 yaşın üzerinde de belirli bir sıklıkla gözlemlenmekte olan testis torsiyonunda erken tanı ve müdahale testiste oluşabilecek irreversibl değişiklikleri önler (6,7).

OLGU

Kliniğimize başvurusundan 2 gün önce karın ağrısı, bulantı, kusma ile birlikte sol testiste ağrı ve hacim artışı başlayan ve anamnezinde herhangi bir travma öyküsü olmayan 6 yaşında erkek hastanın, takipleri sırasında ağrısında ve skrotal şişliğinde artma ve ciltte eritem ve ödem gelişmiş. Karın ağrısı öyküsü nedeniyle hasta ilk önce genel cerrahi tarafından değerlendirilmiş. Akut abdomen düşünülmemesi ve skrotal patoloji olabileceği saptanması üzerine hastanın tarafımızdan yapılan ayrıntılı fizik muayenesinde sol testis sert ve ağrılı, skrotumda hacim artışı ve skrotal deride eritem, elevasyonla ağrısında artma saptandı. Torsiyon ön tanısı ile yaptırılan acil renkli Doppler ultrasonografide sol testiste arteriyel kan akımının kaybolduğu gözlemlendi. Bunun üzerine hasta acil operasyona alındı. Operasyon sırasında siyah renkte nekrotize testis dokusu gözlemlendi ve testis parankimine yapılan insizyonla testisin kanlanmadığının saptanması (Şekil 1) ve 48 saati aşan

süreç üzerine hastaya sol orşiektomi yapıldı. Bu arada sağ skrotal fiksasyon uygulandı.



Şekil 1. Yapılan cerrahi ekspolarasyonda siyah renkte nekrotize testis dokusu görülmekte. Parankimal insizyonla testisin kanlanmadığı izlendi.

TARTIŞMA

Spermatik kordun torsiyonu sıklıkla adolesan erkeklerde görülen nadir bir hastalıktır. 25 yaş altı erkek popülasyonunda 1/4000 oranında görülmektedir, ancak bu oranın gerçek sıklığının altında olduğu tahmin edilmektedir. Ani skrotal ağrı, spermatik kord torsiyonunun klasik klinik tablosunu oluşturmakla birlikte bazı çocuklarda ağrı daha az ve başlangıç daha yavaş olabilir (8). Skrotal ağrıya ek olarak skrotal hacim artışı, skrotal ciltte kızarıklık, karın alt kadranda ağrı, bulantı ve kusma tabloya eşlik edebilir. Akut skrotal ağrı ile başvuran çocukların anamnezlerinde sıklıkla gelip geçici skrotal ağrı ve şişlik ataklarına rastlanabilir ki bu intermitan kord torsiyonu ve spontan detorsiyon ataklarının göstergesidir (9,10). Bizim olgumuz ise fizik muayene bulguları açısından torsiyona uymakla birlikte prepubertal dönemde idi ve daha öncesine ait herhangi bir skrotal ağrı ve şişlik atağı öyküsü yoktu. Torsiyonun erken dönemlerinde epididimin normal lokalizasyonda palpe edilememesi tanıda yardımcı iken çoğunlukla, özellikle de olayın üzerinden çok saat geçtiyse akut hidrosel ya da masif skrotal ödem tüm ipuçlarını gizler. Kremasterik refleksin o tarafta alınamaması çoğunlukla torsiyon için önemli bir bulgudur (11). Ayırıcı tanıda travma epididimit, akut hidrosel, inguinal herni, testiküler tümörler ve Henoch-Schönlein purpurası sayılabilir. Ayırıcı tanıda yardımcı bulgulardan diğeri ise 'Prehn bulgusu' denilen ve testisin elevasyonu ile ağrının şiddetindeki değişikliğin kıyaslanmasıdır. Testisin elevasyonu sonrası torsiyonda ağrı artarken epididimit ve orşitte ağrı azalır ve hasta rahatlar. Günümüzde, tanıda hikaye ve fizik muayene ile birlikte skrotal renkli Doppler ultrasonografisi birçok merkezin tercih ettiği yöntem haline gelmiştir (12,13). Bunun yanında geniş çaplı ve çok merkezli yapılan bir çalışmada yüksek rezolüsyonlu ultrasonografinin akut skrotum ve testis torsiyonu vakalarında renkli Doppler ultrasonografiye oranla daha sensitif ve spesifik olduğu bulunmuştur (14). Bununla birlikte radyonüklid

görüntüleme yapılabılır (15). Klasik olarak kord torsiyonunda her testisin anterior yüzeyi hastanın bakış perspektifine göre orta hatta doğru döner (16). Torsiyon düşünülen bir hastada ilk yaklaşım olarak manuel detorsiyon denenmelidir. Spermatik korda dış inguinal halka hizasında 10-20ml %1 lidokain hidroklorür infiltre edilirse bu manevra daha kolaylaşır. Detorsiyon işlemi medialden laterale yani uyluktan dışa doğru yapılmalı eğer başarısız olunursa ters yönde çevrilmeye çalışılmalıdır (17). Manuel detorsiyon oluşmuş rotasyonu tamamen düzeltmeyebilir bu nedenle yine de erken cerrahi müdahale gerekebilir. Manuel detorsiyon sonrası ağrıda ani azalma detorsiyonun başarılı olduğunu gösteren bir bulgudur. Detorsiyon sonrası testis kan akımı Doppler ultrasonografi ile mutlak kontrol edilmelidir. Detorsiyon başarılı olursa hasta ilerleyen günlerde operasyona alınarak bilateral testisler skrotuma fiks edilir. Manuel detorsiyon ile başarılı olunamazsa hastaya acil cerrahi müdahale gerekir. Bizim olgumuzda yapılan renkli Doppler USG'de sağ testis doğal, sol testiste ise renk dolumu ve kan akımı izlenmemesi üzerine hastanın geçirdiği süre de dikkate alınarak acil operasyona karar verildi. Hastanın sol inguinal eksplorasyon ile testisine ulaşılması sonrası sert, siyah renkte ve nekrotik görünümlü testis dokusu

ile karşılaşıldı. Detorsiyon sonrası parankim üzerine yapılan insizyonlarda en ufak bir kanlanmayla uyumlu bulguya rastlanamaması ve testis dokusunun nekroza gittiğinin saptanması üzerine hastaya sol orşiektomi ve sağ skrotal fiksasyon operasyonları yapıldı. İlk altı saat içinde torsiyonun düzeltilmesi sonrası testis fonksiyonlarının %100'ü korunurken 12 saat sonrası bu oran % 20'lere kadar düşer (18). Hikayesi 24 saatten uzun olgularda ise testiste irreversibl değişiklikler belirginleşir. Sonuç olarak testis torsiyonu acil tanı ve tedavi gerektiren ve genellikle ilk 4-6 saat içinde müdahale edildiği taktirde yüz güldürücü sonuçları olan ürolojik acillerdendir. Yapılan çalışmalarda olay başlangıcından sonraki ilk 6 saat içinde detorsiyon yapılan testislerin tamamı kurtulurken, 6-12 saat arası uygulanan detorsiyon işlemi sonrası ancak %50'sinde başarılı olunabilmiştir (19). Bizim olgumuzda 48 saatin üzerinde bir zaman dilimi geçmiş olması ve kliniğimize geç başvurusu nedeniyle nekrotize hal alan sol testise yönelik orşiektomi operasyonu yapıldı. Dolayısıyla ilk tanı ve muayene çok büyük önem taşımaktadır. İlk belirti karın ağrısı olabilir. Bu sebeple söz konusu vaka ışığında akut batın incelemesinde yaş sınırı gözetmeksizin (çocuk yaş grubu da dahil) testis torsiyonu akılda bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Das S, Singer A. Controversies of perinatal torsion of the spermatic cord: A review, survey and recommendations. J Urol 1990;143(2):231-3.
2. Ryken TC, Turner JW, Haynes T: Bilateral testicular torsion in a pre-term neonate. J Urol 1990; 143:102.
3. Anderson MJ, Dunn JK, Lipshultz LI, et al. Semen quality and endocrine parameters after acute testicular torsion. J Urol 1992;147(6):1545-50.
4. Jones DJ. Recurrent subacute torsion: Prospective study of effects on testicular morphology and function. J Urol 1991;145(2):297-9.
5. Bartsch G, Frank S, Marberger H, et al. Testicular torsion: late results with special regard to fertility and endocrine function. J Urol 1980;124(3): 375-8.
6. Barada JH, Weingarten JL, Cromie WJ. Testicular salvage and age-related delay in the presentation of testicular torsion. J Urol 1989;142(3):746-8.
7. Witherington R, Jarrell TS. Torsion of the spermatic cord in adults. J Urol 1990;143(1):62-3.
8. Anderson PA, Giacomantonio JM. The acutely painful scrotum in children: Review of 113 consecutive cases. Can Med Assoc J 1985; 132(10):1153-5.
9. Schulsinger D, Glassberg K, Strashun A. Intermittent Torsion: Association with horizontal lie of the testicle. J Urol 1991;145(5):1053-5.
10. Sellu DP, Lynn JA. Intermittent torsion of the testis. J R Coll Surg Edinb 1984;29(2):107-8.
11. Rabinowitz R. The importance of the cremasteric reflex in acute scrotal swelling in children. J Urol 1984;132(1): 89-90.
12. Burks DD, Markey BJ, Burkhard TK, et al. Suspected testicular torsion and ischemia: Evaluation with color Doppler sonography. Radiology 1990;175(3):815-21.
13. Baker LA, Sigman D, Matthews RI, et al. An analysis of clinical outcomes using color Doppler testicular ultrasound for testicular torsion. Pediatrics 2000;105(3):604-7.
14. Kalfa N, Veyrac C, Lopez M, et al. Multicenter assessment of ultrasound of the spermatic cord in children with acute scrotum. J Urol. 2007;177(1): 297-301; discussion 301.
15. Paltiel HJ, Connolly LP, Atala A, et al. Acute scrotal symptoms in boys with an indeterminate clinical presentation: comparison of color Doppler sonography and scintigraphy. Radiology 1998;207(1):223-231
16. Sparks JP. Torsion of the testis. Ann R Coll Surg Engl 1971; 49(2):77-91.
17. Kieslinger VJ, Schroeder DE, Pauljev P, et al. Spermatic cord block and Manuel reduction: primary treatment for spermatic cord torsion. J Urol 1984;132(5):921-3.
18. Cattolica EV, Karol JB, Rankin KN, et al. High testicular salvage rate in torsion of the spermatic cord. J Urol 1982;128(1): 66-8.
19. Makela E, Lahdes Vasama T, Rajakorpi H, et al. A 19 year review of pediatric patients with acute scrotum. Scand J. Surg 2007; 96(1): 62-6.