

TESTİS TÜMÖRÜNÜ TAKLİD EDEN TESTİS İNFARKTÜSÜ

Dr. L. Sezai Yaman*

Dr. Nadir Haran**

G İ R İ Ş

İnfarktüs deyimi genellikle bir organın damarlarının çeşitli nedenlerle (dolaşım bozukluğu, emboli, enfeksiyon, v.s.) lokalize veya generalize obstrüksiyon sonucu beslenme bozukluğu, iskemi, nekroz ve sikatrizasyona kadar giden bir hadisedir.

Çok defa infarktüs deyimi koroner damarlarının obstrüksiyonu sonucu myokard hasarı için kullanılır. Ancak hemen hemen bütün organlarda değişik nedenlerle infarktüs görülebilir. Uro-genital sistemde klinik olarak böbrek ve testislerde görülen infarktüs önemli kabul edilir. Uro-genital sistemin diğer bölgelerinde görülebilecek infarktüsün klinik bir önemi yoktur. Müşahade ettiğimiz iki vakamızda görülen testis infarktüsü preoperatif teşhis ve keza postoperatif yönleriyle önemli kabul edildiğinden takdimi uygun görülmüştür.

Klâsik bilgiler ve bir çok neşriyat, testis infarktüsünü lokalize bir hadise olarak ve çok defa spermatik kordonun veya Morgagni cisimciğinin torsiyonu sonucu görüldüğünü ifade ederse de, testiste görülen infarktüs nedenleri tam bir açıklığa kavuşmuş değildir (1). İlk defa İsveç'te Cedermark 1936'da 36 vakayı neşretmiş, daha sonra Amerika'da Menville 1940'da travmatik orijinli bir vakayı yayınlamıştır (2). Daha sonraları bir çok otör bunlara vakalarını eklemiştir. İlk defa 1910'da Simmonds Hamburg Tıp Cemiyeti'nde yeni doğmuş bebeklerde asfiksiye bağlı hemoraji ve dolayısıyla intratestiküler hemorajinin çok sık görülebileceğini iddia etmiş; ondan daha ev-

* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği Profesörü

** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği Asistanı

velde Spencer 1890'da Londra'da aynı konu üzerinde durmuştur (1). Campbell 1937'de yeni doğmuş bebekte testis tümörü düşünerek ameliyat ettiği bir vakasından bahsetmiştir. Keza 1947'de Ravich 15 günlük bir bebekte torsion olmaksızın hemorajik ve gangrenöz bir testis infarktüsü vakasını neşretmiştir (3). Bebeklerde strangüle herninin yaptığı 6 vakalık bir testis infarktüsü ile defa 1950'de Potts tarafından neşredilmiştir. Vakalarımızın her ikisinin puberte çağına yeni girmiş gençler olması ve etiolojisinin tam olarak aydınlığa kavuşmamış olması, testis infarktüsündeki nedenlerin verilen literatürler de göz önüne alınırsa bütün yönleri ile henüz açıklığa kavuşmamış olduğunu göstermektedir.

Vak'a 1 : A.A. (Yenişehir Sağlık Yurdu Protokol No: 641), Nizip doğumlu, 18 yaşında Lise öğrencisi. 4 aydan beri sol testiste ağrı ve şişlik şikâyetleri ile müracaat etti. Hasta anemnezinde herhangi bir travma veya enfeksiyöz bir proses tarif etmiyor. Ateşi çıkmamış. Bulunduğu yerde palyatif tedaviler yapılmış. Fizik muayenede sol testisin sağa nazaran daha büyümüş olduğu, epididim ve testis birbirinden ayırılmaz bir solid ve pek fazla bir hassasiyet göstermeyen oldukça sert bir kitle halini aldığı; keza sol spermatik kordonun palpasyonla kalınlaşmış ve sertleşmiş olduğu görüldü. İdrar ve kan bulguları normal değerlerde, sedimentasyon saatte 8 mm. idi. Hastaya yaptırılan radyolojik tetkiklerde (D.G. + I.V.P., Direkt Akciğer Grafisi) bir patoloji tesbit edilemedi. Hastalık bir testis tümörü şüphesi uyandırdığından orkiektomi kararı ile operasyona alındı. Genel anestezi altında skrotoinguinal bir ensizyon ile sol orkiektomi yapıldı. Yapılan anatomo-patolojik tetkikte (20.12.1973; No: 2985; Prof. Dr. Osman Nuri Aker) :

Makroskopi : Normalden biraz büyük testiste, kapsül altından testis parankimasına doğru yaygın kanama görülmekte.

Mikroskopi : Testisin muhtelif kısımlarından yapılan kesitlerin incelenmesinde; yüzeyde kapsül kalınlaşmış, yer yer hyalinisation arzetyekte olup, bu arada fibrocyte'lerden zengin, aralarında damar kesitleri bulunan fibrosis alanları tesbit edilmektedir. Bu kısımlar altında yaygın bir şekilde kanama odakları ile bunlar çevresinde makrofaj infiltrationları tesbit edilmektedir.

Testis parankimasında tubuliler gölgeler halinde, hücrelerde necrosis tesbit edilmektedir.

Maligniteye ve spesifik iltihaba ait patolojik bir gösteri yoktur.

Histopatolojik Teşhis : Testiste Hemorajik İnfarktüs

Vak'a 2 : Ş.C.B. (A.Ü. Tıp Fak. Urol. Kl. Protokol No: 522-12/1973). İstanb udloğumlu, 14 yaşında bir Lise öğrencisi olan hasta sol testisindeki şişlik şikâyetiyle müracaat etti. Rahatsızlığının 2 ay önce sol inguinal bölgede ve skrotumunda şiddetli bir ağrı ile başladığını, bu arada travma veya herhangi bir sebep olmadığını ifade etmekte. Batın sendromu ? sebebiyle acil appendektomi ameliyatı yapılmasına rağmen, ameliyattan sonra şikâyetlerinin geçmediğini ve sol testisinin yavaş yavaş büyüdüğünü; hiç ateşinin yükselmediğini ancak değişik antibiyotik ve analjezikler uygulandığını belirten hastanın sol testisindeki şişliğin devam etmesi üzerine Uroloji Kliniğine başvurarak tetkik ve tedavi için yatırıldı. Sistem muayenelerinde; T.A.: 110/60 mmHg., sağ testis ve kordon normal idi. Palpasyonda sol testis ve epididim birbirinden ayrılmaksızın sağa nazaran iki misli büyüklükte ve ağrısız, keza sol spermatik kordon kalın olarak bulundu. Laboratuar tetkiklerinde: İdrar ve kan bulguları normal, sedimentasyon: 3mm/s, formül lokositerde lenfositoz, radyolojik tetkiklerde (D.G. + I.V.P., Direkt Akeğer Grafisi) patoloji tesbit edilemedi. Hastada sol testis tümörü (?) düşünülerek genel anestezi altında sol inguinal ensizyonla inguinal kanal açıldıktan sonra, kanal inguinalin iç deliği hizasında spermatik kordon bağlanıp sol orkiektomi yapıldı. Yapılan anatomo-patolojik tetkikte (9.1.1973; No: 75; Prof. Dr. Orhan M. Bulay) :

Makroskopi : 4x3x2,5 cm. boyutlarında, 5 cm. uzunluğunda epididimi ihtiva eden testis. Kesitte 2 cm. çapında koyu kırmızı renkte yumuşak, kanamalı bir oluşum dikkati çekti.

Mikroskopi : Testis dokusunun dışındaki yumuşak doku hemosiderin pigmenti ile yüklü, oldukça iyi gelişmiş bağ dokusundan ibarettir. Bunun altında nekrotik yağ dokusu yer almaktadır. Bunun altında genişlemiş ve kan lakünleri halini almış damarlar görülmektedir. Daha derinlerde ise testis dokusunun nekroza uğradığı ve tubulusların kan kitlesi içerisinde gölge şeklinde kaldığı dikkati çekmiştir.

Histopatolojik Teşhis : Testis İnfarktüsü

TARTIŞMA

Testis infarktüsü genellikle klâsik bilgiler ve bir çok neşriyat-larda sebebi ve klinik belirtileri değişik bir hastalık olarak kabul edil-mektedir. Yeni doğmuş bebeklerde doğum travmasına bağlı testisin infarktüsü bir çok otörlerce müşahade edilmiştir (1). Keza intraute-rin hayatta kordon ve testis travmasının etiolojik bir faktör olduğu ifade edilmiştir. Daha yukarı yaştaki çocuk ve erişkinlerde inguinal herni strangulasyonuna bağlı spermatik kordon torsionu, anomalik testislerde (özellikle mobil testis) herni inguinal bulunmaksızın sper-matik kordon torsionu, bazande testis üzerindeki embriyoner artıkların (Morgagni cisimciği ve appendiks testis) torsionu sonucu testis infarktüsü teşekkül ettiği ifade edilmiş (2) ise de bunların yanında daha ileri yaşlarda predispozan olarak spermatik kordonun sıkış-ması veya kıvrılması, skrotum üzerine vukuu bulacak travmalar, ağır eşya kaldırılması, kronik konstipasyon, üşütme ve enfeksiyon amil-leri yanında emboli ve trombüslerin testisin damar sistemini tıka-ması olarak kabul edilmektedir. Ancak bir kısım neşriyatda da be-lirtildiği üzere (4), takdim ettiğimiz iki vakada olduğu gibi, esas se-bebi bilinmeyen testis infarktüsü vakaları hiç de eksik değildir.

Bazı otörler etiolojisi bilinmeyen anemik ve hemorajik infark-tüslerden bahsetmişlerdir. Şüphesiz ki, infarktüs teşekkülünde pre-dispozan faktörlerin rolü herhalde en başta travma olmak üzere aşı-kârdır. Çünkü vakalarımızın her ikisinin genç olduğu (14 ve 18 yaş-larında) ve neşriyatda da testis infarktüsünün % 68'inin 10 ilâ 30 yaşları arasında husule geldiği göz önüne alınırsa, travmanın rolünü burada inkâr etmemek gerekir. Vakaların % 60'ında testis infark-tüsü solda olur denmektedir. Vakalarımızın her ikisinde de infarktüsün solda görülmesi; anatomik olarak sol testisin daha aşağıda bu-lunması ve sağa nazaran daha hareketli olması sonucu, travmalara daha müsait bir durum arzemesine bağlanabilir.

Klinik belirtiler teşhis infarktüsü vakalarında oldukça değişik özellikler gösterir. Çok defa strangulasyon sonucu görülecek testis infarktüsünde belirtiler ve klinik seyir çok gürültülüdür. Şiddetli epi-didimo-testiküler ağrı yanında skrotum cildinde kızarıklık ve ödem, testiste aşırı hassasiyet ve gerginlik ilk belirti olarak ortaya çıkar. Bu belirti bir kaç gün hattâ bir kaç saat içerisinde testiste bazan

gangrene kadar gidebilen ağır bir tablo ile devam eder (5). Herni inguinal veya strangüle herni vakalarında, herninin seyrine göre değişen belirtiler dikkati çekebilir. Özellikle hernide öksürmekle karakteristik itilme ve şişlikte artma belirtileri yanında, parmaklar arasında tazyikle bağırsaklarda garguyman tesbit edilebilir. Torsion vakalarında Prehn belirtisi müsbettir. Vakalarımızda olduğu gibi, bir kısım testis infarktüsünde infarktüs daha yavaş olarak teessüs eder. Semptomlar daha çok hareketle artan veya testisin büyümesine bağlı ağrı yanında, skrotal büyüme ve sertlikten ileri geçmez. Bu vakalar çok defa epididimit, orşit, hidrosel, testis tümörü, hattâ appendisit (Vaka 2) ile karıştırılabilir (5, 6). Nitekim her iki vakamızın genç olması, klinik seyirleri ve skrotumdaki solid sertliğin fazla hassas olmaması, spermatik kordonun kalın oluşu, ağrının her zaman duyulmaması nedenleriyle operasyon öncesi, haklı olarak, bizde testis tümörü intibamı uyandırmıştır. Testis infarktüsünde preoperatif klinik teşhis çok defa zordur. Tecrübeli bir hekimin dahi hatırına gelmeyebilir. Torsiona bağlı vakalar dışında teşhis ancak operasyon sonrası anatomopatoloğun vereceği bulgu ile konulur. Operasyon esnasında dahi testisin kıvamının çok sert, yer yer renk değişikliği göstermesi, epididimin ayırdedilmez durumda olması, az da olsa semptomatik bir hidroselin bulunması, spermatik kordonun çok defa kalınlaşmış olması teşhisi çok defa tümör lehine götürür. Vakalarımızın operasyon esnasındaki bulguları da tümörü teyid etmiştir.

Testis infarktüsünde anatomopatolojik görünüm infarktüsün tipi ve süresine göre değişiklik gösterir. Eğer vakaya erken müdahale edilmiş ve venöz bir infarktüs görünümünde ise, testis hemorajik manzarada ve etrafındaki tunica vaginaliste açık soluk renk dikkati çekebilir (1). Kronikleşmiş vakalarda ise tunica vaginalis içerisinde likid artımı dikkati çektiği gibi testiste yer yer nekroz bulunabilir. Eğer tam bir beslenme bozukluğu teessüs etmiş ise gangren dikkati çekebilir. Gangren bulunmayan vakalarda nekroz dışında parankimde fibröz doku artımı dikkati çeker. Her iki vakamızda da infarktüs sonucu testiste kronik belirtiler (nekroz, fibrozis ve hemosiderin pigmentleri ile yer yer mikroskopik kanama odakları) tesbit edilmiştir.

ÖZET

Spermatik kordonun torsionuna bağlı olmayan iki testis infarktüsü vakası takdim edilmiştir. Bu hastalığın patogenezi, klinik özellikleri ve tedavisi tartışılmıştır. Her iki vakanın genç erişkin oluşu ve preoperatif olarak "testis tümörü" intibakını verişi ilgi çekicidir. Ayrıca bu konudaki literatür kısaca özetlenmiştir.

SUMMARY

«Testicular Infarctation which simulates the tumor of the testicle»

A report of 2 cases of infarct of the testicle not due to torsion of the spermatic cord in two teenager is presented. The pathogenesis, clinical features and the treatment of the condition are discussed. Both of the cases are of interest in that preoperative diagnosis was tumor of the testicle. A brief review of the literature is also presented.

LİTERATÜR

- 1 — ROSS, LAWRENCE S., et al.: Testicular infarctation due to strangulated inguinal hernies in infants; J. Urol. Vol. 102; 644-646; 1969
- 2 — JOHNSTON, J.H.: Localised infarctation of testis; Brit. J. Urol. Vol. 32; 97-99; 1960
- 3 — RAVICH, R.A.: J. Urol. Vol. 57; 875-879; 1947
- 4 — MARTINET, J.D.: Un cas d'infarctus épididimo-testiculaire chez l'adulte; J. d'Urol. Tome 63; 769-770; 1957
- 5 — WINSTEAD, ASHBY G.: Infarct of the testicle; J. Urol. Vol. 69; 830-835; 1953
- 6 — YILDIRAN, C.: Testis İnfarktüsü vakaları; Hekim ve İlaç Cilt 2; 12-19; 1962

(Mecmuaya geldiği tarih : 6 Haziran 1973)