

ANORMAL LOKALİZASYONLU TESTİS TORSİYONU VAKA TAKDİMİ*

(TORSION OF TESTIS ON ABNORMAL LOCALIZATION :)

Dr. Ahmet Bölükbaşı**

Dr. Tahir Patiroğlu***

Özet : Testis torsiyonları daha çok intraskrotal olarak oluşmaktadır. Ektopik testisler de hiçde nadir olmayarak torsiyone olabilmektedir. Normal olarak desensusunu tamamlamış olan testisin, inguinal kanal içinde intravaginal olarak torsiyone olması nedeniyle bu vaka takdim edilmektedir.

Summary : The torsion of testis are frequently encountered intrascrotally. However, the torsion of ectopic testes are not infrequent. In this paper a case which completed descensus but torsioned in canalis inguinalis is presented and discussed.

Vaka : M.D., Prot. No: 61112, 3 Y. erkek çocuk, sol kasığında şişlik ve ağrı nedeniyle 18.12.1977 tarihinde Üroloji kliniğine müracaat etti. Ailesinden alınan hikayesinde; sol testisinin hareketli olduğu, zaman zaman sol kasığına çıktığı, son üç gündür sol kasığında ağrılı şişlik ve kızarıklık olduğu, kusma bulantı olmadığı, devamlı olarak ağladığı, yürüyemediği öğrenildi.

Yapılan fizik muayenede vital bulgular normal bulundu, ancak çocuk ajite ve devamlı ağlamakta idi. Sol inguinal kanalın 1/3 orta kıs-

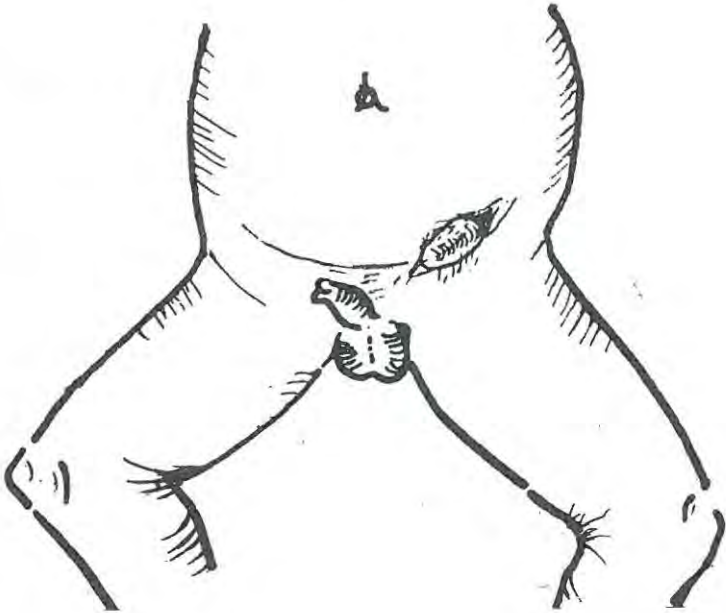
* V. Ulusal Türk Üroloji Kongresinde Tebliğ edilmiştir.

** K.Ü. Gevher Nesibe Tıp Fakültesi Üroloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi.

*** Aynı Fakülte, Patoloji Bilim Dalı Öğretim Görevlisi.

mına uyan bölgede 4x3 cm ebadında, lokal ısı göstermeyen, aşırı duyarlı, üzerindeki deride hiperemi ve lokal ödem bulunan sert, fikse bir kitle bulunduğu, aynı taraf skrotumunun boş olduğu saptandı. Yapılan laboratuvar muayenesinde; HB: % 8.10 gm., Hct: % 30, Periferik yaymada hipokromi B.K.: 15000/mm³, formülde lenfositlerin tabloya hakim olduğu, idrarda önemli bir bulgunun olmadığı saptandı.

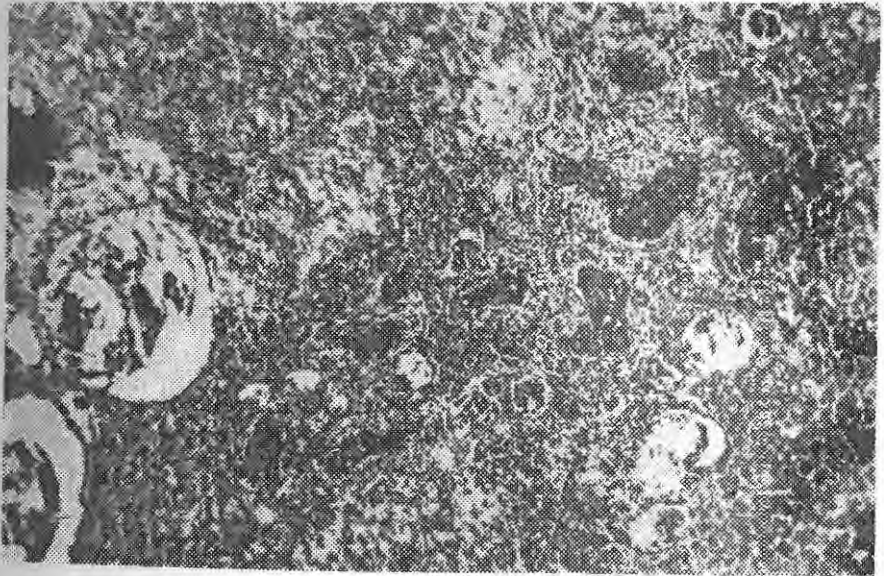
Bu bulgularla sol mobil testisin torsiyone olduğu düşüncesiyle hasta acilen ameliyata alındı. Sol inguinal kesi ile deri, derialtı geçildiğinde kitlenin skarpa fasiyası arasında bulunmadığı, ancak dokularda ileri derecede ödem olmakla birlikte kitlenin inguinal kanal içinde bulunduğu, eksternal ring bölgesinde spermatik kordun görülmemesiyle anlaşıldı. Eksternal oblik kas dokusu fasiyası açıldığında, tunika vaginalisin paryetal yaprağının ileri derecede ödemli ve eksternal oblik fasiyasına yapışık olduğu, tunika vaginalis açıldığında spermatik kordun kendi etrafında 360 derece döndüğü, testis epididimis ve appendiks testikularisin ileri derecede konjesyon, renk değişikliği ve nekroz gösterdiği saptandı. Bu bulgularla hastaya sol inguinal orşiyektomi yapıldı. (Resim : 1, 2)



Resim 1. Hastanın sol kasiğindeki kitlenin şematik olarak görünümü

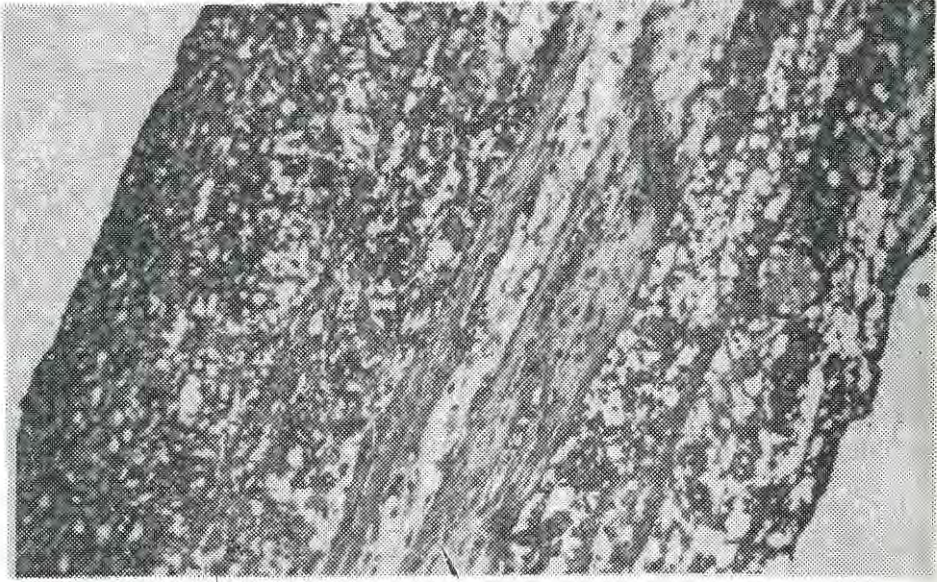


Resim 2. Çıkarılan materyalin gross görünümü : Testisin kendi etrafında intravaginal olarak 360 derece döndüğü, appendiks testis ve epididimis'in ileri derecede ödemli ve nekrotik olduğu görülmektedir.



Resim 3. (H+E X 63) Nekrotik tübülü seminiferi yanında ileri derecede genişlemiş ve dolgun damar kesitleri ile yaygın kanama sahaları görülmektedir.

Elde edilen spesimenler histopatolojik olarak değerlendirildiğinde, Tübülü seminiferi'lerin nekroze olduğu ,testis dokusu içine ileri derecede kanama, konjesyon ve ödem bulundu. (Resim : 3,4). Bu bulgularla vakamız, klinik ve patolojik olarak inguinal kanal içinde torsiyone olan desensusunu tamamlamış bir testis torsiyonu olarak kabul edilmiştir.



Resim 4. (H+E X 63). Tunika vaginalis çeperinde epitel ve seroza altındaki damarlarda ileri derecede genişleme dolgunluk ve ödem görülmektedir.

TARTIŞMA

Bilindiği gibi testis torsiyonu yahut spermatik kord torsiyonu çocukluk yaşlarına özgü bir hastalıktır. Sol taraf testis 2/3 oranında daha fazla torsiyone olabilmekte, hastaların yaş ortalaması 14 yaş civarında bulunmaktadır (2). Testis torsiyonunun etyopatogenezinde lokal konjenital malformasyonların rol oynadığı ileri sürülmüştür. Bunlardan anormal mobilite, tunika vaginalisin spermatik kordun yüksek seviyelerine kadar uzanması, gevşek ve uzun bir mezorşiyumun bulunması sayılabilmektedir (1-3,6).

Testis torsiyonu ekstravaginal veya intra vaginal olmak üzere iki şekilde oluşur. Ekstravaginal torsiyon aşağı yukarı bütün testis torsi-

yonlarının % 6 sını oluşturur (1). Bu tip torsiyona çoğunlukla infant ve yenidoğanlarda rastlanılır. Bu hastalarda testis tunikaları testis duvarlarına gevşek bir şekilde yapışmaktadır. Bu nedenle kremaster kasındaki spazm sonucu testis tunikaları ile birlikte torsiyone uğrar. İntra vaginal tip ise en çok rastlanılan bir şekildir. Bunun oluş nedeni, tunika vaginalisin testisin tamamını sarması ve dolayısıyla testisin spermatik kord etrafında kolayca dönebilmesi şeklinde açıklanmaktadır. Bu tip torsiyonlar da retrograd olarak incelendiğinde, bazı vakalarda testis ile epididimisin birleşmesinde konjenital bir hata olduğu gözlenmiştir (1).

Testislerin normal desensus olayının tamamlanmasında testis torsiyonu olasılığını kuvvetle artırmaktadır. Burada etyoloji, testis ve testisin mezenteri arasındaki anatomik anomaliye bağlanmaktadır (3,5,6). Hiç de seyrek olmayarak, inmemiş testislerin malign dejeneransı sonucu torsiyone olabileceği olasılığı da göz önünde tutulmalıdır (2,5). Bu nedenle yazarlar, boş bir hemiskrotum bulunduğu, abdominal ağrı, hatta akut batın sendromuna yol açan klinik durumlarda inmemiş testisin torsiyone olma olasılığının gözden uzak tutulmamasına dikkati çekmişlerdir (3,5). Ancak, Johnston (4), erken yaşlarda orşidopeksinin uygulanması ile inmemiş testislerde torsiyon sıklığının çok azaldığını belirtmiştir.

Bizim vakamız normal desensus'unu tamamlamış fakat, mobil bir testis olarak tanımlanmaktadır. Yapılan fizik muayenede normal olarak gelişmiş bir skrotal deri ve kavite bulunması ve anamnez, bu testisin desensusunu tamamladığını doğrulamaktadır. Ancak inguinal kanal içerisine bütün testiküler tunikaları ile giren ve burada intravaginal olarak torsiyone olan bu vakamızda, literatürde belirtilen etyopatolojik nedenlerden birkaç tanesinin bir arada bulunması testisin torsiyonuna neden olmuştur. Nitekim vakamızda testiküler tunikaların skrotuma gevşek bir şekilde bağlı bulunması, anormal tunika vaginalisin olması eksternal inguinal halkanın gevşek ve geniş olması, spermatik kordun uzun olması gibi etyolojik nedenlerin bir arada olması, normal olarak desensusunu tamamlamış bir testisin pekde alışılabilir olarak, inguinal kanal içinde intravaginal torsiyonuna neden olmuştur.

KAYNAKLAR

1. Allen, D.T.: Disorders of the male external genitale. In, Clinical Pediatric Urology, (eds.) P.P. Kelalis and L.R. King, associate ed. A.B. Belman, Vol. II, W.B. Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto, 1976 s. 649 - 652.
2. Campbell, M.F.: Disease of the Testicle, In, Urology (eds.) M.F. Campbell and J.H. Harrison, Vol. II, W.B. Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto, 1970 p. 1855 - 1858.
3. Gonzales, E.T., Jr.: Orchidopexy and Herniorrhaphy. In, Urologic Surgery (ed.) J.F. Glenn, Second ed., Harper and Row Publishers Inch., New York, San Francisco, London, 1975, p. 809.
4. Johnston, J.H.: The Testicles and the scrotum. In, Paediatric Urology (ed.) D.I. Williams, London, Butter-Worths 1963, p. 450 - 460.
5. Rajfer, R. and Walsh, P.C.: Testicular Descent: Normal and Abnormal., The Urologic Clinics of North America, 5 (1): 223 - 235. 1978.
6. Smith, D.R.: Torsion of the spermatic cord. In, General Urology (ed.) D.R. Smith, Lange Medical Publication Los Altos, California, 1978 p. 469 - 470.