



TESTİS TORSİYONU



Dr. Vermi Değerli

Akut skrotal ağrı ayırıcı tanısında testis torsiyonu, testis apendiks kısmı torsiyonu ve epididimit akla gelmelidir. Torsiyon tam komplet (360-108°), inkomplet (90-180°) veya geçici olabilir. Çocuklarda akut skrotal ödem aksi kanıtlanana kadar testislerin torsiyonuna işaret eder. Testis torsiyonu genellikle 12-18 yaşta görülmesine rağmen 30 yaş altında genç erkeklerde sıktır. En sık 13 yaşında, sol testiste görülür.

İlk 6 saat içinde testis torsiyonu düzeltilirse testisin canlılığı %90-100, 12 saat sonrası %20-50, 24 saat sonrası %0-10'dur.

Öykü Hastalar sıklıkla dinlenme, uyku esnasında veya spor ya da fiziksel aktivite sırasında ortaya çıkan akut başlangıçlı skrotal yakınmadan şikayet ederler. Olguların %40'ı kendiliğinden düzelen önceki benzer atakları tarif edebilirler. Ağrı genellikle ani başlangıçlı, ciddi ve tek taraflıdır.

Bulgular Etkilenmiş testis sert, hassas ve ayakta duran hastada sıklıkla skrotumda yüksek yerleşimlidir. **Kremasterik refleks** testiküler torsiyonlu etkilenmiş tarafta sıklıkla yoktur. Epididimite testisin yükseltilmesiyle ağrı hafiflerken testis torsiyonunda ağrıda değişiklik yoktur veya kötüleşir (**Prehn bulgusu**). Güvenilir bir bulgu değildir. Doğumsal anomali (**bell clapper** deformitesi), inmemiş testis, cinsel aktivite, travma, egzersiz, aktif kremasterik refleks, soğuk hava testis torsiyonu nedenleridir.

Tanı Testiküler torsiyon klinik bir tanıdır. Görüntüleme çalışmaları genellikle gerekli değildir. Eğer anamnez ve fizik muayene testiküler torsiyonu kuvvetle düşündürüyorsa görüntüleme çalışmaları yapmak için vakit kaybetmeden hasta direkt olarak cerrahiye gitmelidir.

Ultrasonografi skrotal anatomiyi gösterdiğinden ayırıcı tanıda yararlıdır.

Apendiks testis torsiyonu, epididimo-orşit, testiküler travma veya testis rüptürü, inkarsere inguinal herni, testiküler tümör, akut hidrosel, Henoch-Schönlein purpurası, diğer intraabdominal durumlar (apandisit, pankreatit, renal kolik, vs.) ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Tedavi Acil durumlarda veya operasyon öncesi acil hekimi etkilenmiş testisin manuel olarak detorsiyonunu öngörmelidir. Genellikle torsiyon lateralden mediale doğrudur. Bu yüzden detorsiyon medialden laterale doğru yapılmalıdır. Detorsiyon kitap açar gibi yapılır. Doktor hastanın ayak ucunda dururken sağ testis saat yönünün tersi, sol testis saat yönünde çevrilir.

Detorsiyonun ağrılı bir işlem olduğu hastaya anlatılmalıdır. Ağrıdaki hafifleme olumlu bir sonuçtur ve dopler ultrasonografi ile kan akımındaki

kızarıklık, hassasiyet, skrotumda kızarıklık, ısı artışı ve ödem, parotitis ve diğer enfeksiyöz hastalıklara ait bulgular saptanabilir. Kabakulak en yaygın izole orşit sebebidir. Ani başlangıçlı skrotal ağrı ve ödem görülür. Olguların %70'inde tek taraflıdır. Olguların %30'unda 1-9 güne kadar karşı testis tutulumu izlenir. Diğer viral nedenler coxsackie virus, infectious mononucleosis, varicella, ve echovirus'dür. Nadiren kabakulak-kızamık-kızamıkçık aşısı sonrası orşit görülebilir. Bakteriyel orşit hemen hemen her zaman epididimle birlikte. Hastalar genellikle cinsel olarak aktif hastalardır ve ağrı-ödem dereceleri artar. İmmünkompromise hastalarda Mycobacterium avium complex, Cryptococcus neoformans, Toxoplasma gondii, Haemophilus parainfluenzae ve Candida albicans orşit nedenidirler.

Ayrıntı tanıda epididimit, herni, testiküler torsiyon, testiküler tümör, reaktif hidrosel, skrotal piyosel, testiküler apendiks torsiyonu akla gelmelidir.

Laboratuvar ve Görüntüleme Laboratuvar acil serviste tanı koymada yardımcı değildir. Kabakulak orşit tanısı anamnez ve fizik muayene ile rahatlıkla konulur.

Anamnez ve fizik muayene sıklıkla yeterli olmasına rağmen ultrasonografi epididimit, testis enflamasyonu ve testiküler torsiyonu dışlamak için oldukça sensitiftir.

Tedavi Klinik bulgu ve belirtilere ve altta yatan hastalığa özgü yapılır.

Yatak istirahati, skrotum elevasyonu, buz uygulama (ağrı geçinceye kadar etkilenmiş testise günde 4 kez 10-15 dk) ve analjezik önerilir.

Viral nedenli orşitlerle ilaç tedavisi söz konusu değildir. Bakteriyel orşit veya epididim-orşit şüpheli enfeksiyon etkenine yönelik antibiyotik tedavisi gerektirir. Cinsel olarak aktif 35 yaşından genç erkeklerde cinsel yolla geçen hastalıklara yönelik antibiyotik tedavisi verilmelidir. Bakteriyel nedenli 35 yaşından büyük erkeklerde ise ek olarak gram negatif bakterileri de etkileyen antibiyotikler kullanılmalıdır.

Torsiyon söz konusu ise cerrahi eksplorasyon için acil üroloji konsültasyonu gereklidir. Hidrosel veya piyosel orşite eşlik ediyorsa drenaj yönünden üroloji konsültasyonu istenmelidir. Komplike olmayan orşit hastaları takip için mutlaka üroloji polikliniğine yönlendirilmelidir. Kabakulak orşitlerinin çoğu 3-10 gün içinde kendiliğinden iyileşir. Uygun antibiyotik tedavisiyle de bakteriyel orşitlerin çoğu komplikasyonsuz iyileşir.

Önemli Noktalar Acil hekimleri ani başlangıçlı testis ağrısı ve şişliğinde mutlaka testis torsiyonunu düşünmeli ve dışlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Ching CB, Kim ED. Epididymitis (updated: Dec 20, 2015). <http://emedicine.medscape.com/article/436154-overview>.
2. Terry N, Schraga ED. Orchitis (updated: Sep 11, 2015). <http://emedicine.medscape.com/article/777456-overview>.
3. <http://uptodate.com/evaluation-of-the-acute-scrotum-in-adults/> last updated: Mar 21, 2016.
4. Schneider RE. Male Genital Problems. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, eds. Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 6th edition. New York, McGraw-Hill, 2004:616-8.
5. Newton E. Testicular Torsion. In: Schaidt JJ, Hayden SR, Wolfe ER (eds): Rosen & Barkin's 5-Minute Emergency Medicine Consult, 3rd edition, 2007:75:1108-9.
6. Cook MD. Epididymitis/Orchitis. In: Schaidt JJ, Wolfe ER (eds): Rosen & Barkin's 5-Minute Emergency Medicine Consult, 3rd edition, 2007:75:364-5.