



TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ

Cilt: 15, Sayı: 1, 61-67, 1989

## TESTİS TORSİYONLARI VE TEDAVİSİ: KLİNİĞİMİZDE SON BEŞ YILDA GÖRÜLEN OLGULAR

### TORSION OF THE TESTIS AND ITS TREATMENT: THE REVIEW OF CASES RECOGNIZED IN OUR CLINIC DURING THE LAST FIVE YEARS

SÖZER, İ.T., ÖZKAN, A., ŞENGÖR, F.,  
BILGIN, A., KAMBEROĞLU, H., TEZCAN, H., CANDEMİR, C.,  
VERİM, G., GÖKÇEER, T., ERTAŞ, M., TUKSAVULOĞLU, S., ÖZCAN, M. (\*)

#### GİRİŞ

Testis torsiyonları, acil girişimi gerektiren ve klinik tanıya süratle gidildiğinde organın kurtarılması mümkün olan bir patolojik durumdur. Testis torsiyonu ilk defa 1840 yılında Delarsiauve tarafından tarif edilmiştir (1). Bu patoloji, intraskrotal lezyonlar içerisinde klinisyeni en kolay yanılgıya sevkeden bir durum olup sonuçta da testisin kaybına sebebiyet verir. Torsiyon genel olarak iki şekilde olabilir. Birincisi ekstravaginal torsiyon olup, spermatik kordonun tümüyle bükülüp dönmesine verilen addır. Daha çoklukla görülen ikinci şekildeyse, tunika vaginalisin içinde spermatik kordonun dönmesidir.

Torsiyonun başlangıcında sadece venler oklüzyona uğrar, arterler oklüze olmazlar ve böylece testiste ödem meydana gelip kordonun proksimaline yani oklüzyonun olduğu yere doğru devam eder. Bu şekilde damarlarda meydana gelen oklüzyon açılmayıp devam ederse, testiste total hemorajik bir enfarktüs meydana gelir. Konu üzerinde, bugüne kadar çeşitli yayınlar yapılmış olup ilk detaylı bir inceleme 1936'da Abeshouse tarafından toplam 350 olguluk seri üzerinde olmuştur (2). Yine bu incelemelerin arasında, 1965 yılında Taylor ve Baner'in gördükleri 23 olguluk bir hasta grubu ile Skugland ve arkadaşlarının 1970 yılında toplayıp neşrettikleri 718 olguluk serilerini bu arada zikretmek yerinde olur kanısındayız (4). Verilen değerlere göre testis torsiyonu, zannedildiği kadar nadir olmayıp bizim gibi yoğun başvuru olan kliniklerde yılda 3-4 defa rastlanılan bir patolojidir (5-6). Bizim kliniğimizde de son beş yılda onüç olguya rastlanıp gerekli tedaviler yapıldı.

Testis torsiyonu olanlarda, genellikle bulantı, kusma ile beraber karnın alt kısmından başlayıp yukarı doğru yayılan bir ağrı vardır. Araştırmacılar, çocuklarda torsiyonun başlangıcında ağrısız bir şişlik olduğunu, daha sonraları şiddetli ağrının ortaya çıktığını ileri sürerler (7). Daha evvelce de skrotum bölgesinde ağrı olması, bizleri ayırıcı tanıyı yaparken testis torsiyonu üzerinde de düşünmeye sevk etmelidir. Muayenede, genel olarak afettede testis yukarıya doğru elevasyon gösterir ve çok hassas olup, spermatik kordon da ağırlı ve şiştir. Prehn'in bildirdiğine göre testis el ile yukarıya kaldırıldığında, eğer torsiyon varsa ağrının şiddeti artar, epididimitis varsa ağrı hafifler (8). İdrar ve prostatik mayinin muayenelerinde, epididimitiste bu sıvılar bol lökosit ihtiva ederken, torsiyonda normal bir görünümüdür.

## ETİOLOJİ

Normal bir testisin skrotuma desensusu sırasında beraberinde, peritonun dışa çevrilmesinden ibaret olan prosesüs vaginalisi de beraber sürükler. Genellikle, yukarıda bahis konusu edilen prosesüs vaginalis başlangıcından itibaren oblitere olurken testisin etrafını saran kısım açık kalır. Epididimisin testisin postero-lateral yüzüne yapışması nedeniyle tunika vaginalisin testisi sarması enkomplet bir durumdur. Bu nedenle, tunika vaginalis kordonun etrafına uzanmaz, uzansa da bu ancak kısa bir mesafe için ve onu tam olarak saran bir uzanmadır.

Intravaginal torsiyona meyilli testislerde, normal epididim, testis yapışması meydana gelmemiştir ve distal spermatik kordon, tunika vaginalis ile tamamıyla çevrili bir durumdur. İşte bu anatomik yapıdaki özellik, hipermobilité ve tunika vaginalis içinde serbestçe sallanan bir testis oluşturur. Sol kordonun sağdan daha uzun olması, solda torsiyonun daha fazla görülmesini izah eder.

Böylece anormal yapılı testisler, torsiyona sebep olacak her türlü faktöre daha duyarlıdır. Bu faktörleri,

- 1- Travma,
- 2- İnsanın vücudu ile yaptığı bazı özel hareketler, mesela: zorlama, effor gibi,
- 3- Kremaster kasının kontraksiyonları.

Normal anatomik yapıya sahip testislerde, torsiyon nadiren meydana gelir. Bunlarda, ancak çok anormal ve ciddi bir travma torsiyona yol açar.

Ekstravaginal testis torsiyonu, daha ziyade yeni doğanlarda görülür ve sebebi belli değildir. Fakat birçok araştırmacı tarafından kordonun aşırı mobilitesine bağlanmaktadır.

## MATERYAL VE METOD

Son beş yılda kliniğimize başvuran 68600 hasta ve hospitalize edilen 2871 kişinin sadece onüçünde testis torsiyonu bulunmuştur ki bu da muayene edilenlerin % 0.33'ünü teşkil ederken, yatırılanların % 0.22'sini teşkil etmektedir.

TABLO I: Konu Üzerinde Çalışanların Belirlenmesi

| ARAŞTIRICI      | YIL  | OLGU SAYISI |
|-----------------|------|-------------|
| Abeshouse       | 1936 | 350         |
| Taylor ve Baner | 1965 | 23          |
| Skugland        | 1970 | 718         |

|                  |   |
|------------------|---|
| Bulantı          | <p>Karnın Alt Bölgesinde</p> <p>↓</p> <p>Yukarıya Doğru Yayılabilen</p> |
| Kusma            |   |
| Ağrı             |   |
| Şiş              |   |
| Renk Değişikliği |   |

TABLO II: Testis Torsiyonunda Klinik Semptomlar

TABLO III: Ayırıcı Tanıda Klinik ve Lab. Bulguları

|             | Torsiyon   | Enfeksiyon                  |
|-------------|------------|-----------------------------|
|             | Ağrı       | Şişlik                      |
| Klinik Bul. | Şişlik     | Ağrı                        |
|             | Nadiren L. | İdrarda Leucocyt            |
|             | Nadiren L. | Prostat Salgısında Leucocyt |

TABLO IV: Anormal Vasfılara Haiz Testislerde Torsiyona Sebep Olabilecek Faktörler

- 1- Travma
- 2- İnsanın vücudu ile yaptığı bazı özel hareketler: Zorlama veya efor gibi
- 3- Kreamaster kasının kontraksiyonları

İ. ABLO V: Son 5 Yılda Görülen Torsiyon Testisli Hastalar ve Genel Hasta Adedi İle Karşılaştırılması

|                             |       |        |
|-----------------------------|-------|--------|
| Toplam Hasta Sayısı         | 68600 | %      |
| Hospitalize Edilen Hastalar | 2871  | % 0.2  |
| Torsiyon Vak'ası            | 13    | % 0.33 |

TABLO VI: Son 5 Yılda Kliniğimizde Görülen, Skrotal Bölgeye Ait Hastalıklar

|                                |      |
|--------------------------------|------|
| Testis ve Skrotuma Ait Olgular | 2390 |
| Hidrosel                       | 558  |
| Epididimitis                   | 408  |
| Orşit                          | 376  |
| Kriptorşidizm                  | 396  |
| Varikozel                      | 262  |
| Testis Tm.                     | 15   |
| Torsiyon                       | 13   |
| Çeşitli Gen. organ Hst.        | 245  |

Yine aynı yıllar içinde kliniğimizde tedavi edilen testis ve skrotuma ait patolojileri olan 2290 kişide bulunan diğer patolojiler ise 558 hidrosel, 376 orşit, 408 epididimit, 396 kriptorşidi, 262 varikozel, 13 torsiyon, 15 testis tümörü ve 245 adet de çeşitli genital organ hastalıkları olarak özetlenebilir (Tablo VI).

Bu olgulardan birinde 4 testis ve soldaki çift testisten inmemiş olanı torsiyone olup bu özellikleri ile ayrı bir bildirinin konusunu teşkil etti. Olguların hepsinde torsiyon sol taraftaydı. Olguların birinde appendiks testisin torsiyonu mevcuttu. Bütün hastaların torsiyone olan sol testisleri tedavi edilirken diğer tarafa da fiksasyon yapıldı. 13 olgunun 10'una cerrahi tedavi, 3'üne ise konservatif tedavi yani testis detorsiyonu yapıldı.

## TARTIŞMA

Yukarıda da kısaca değinildiği gibi torsiyon genellikle T. vaginalisin sınırları içerisinde olur. Daha nadiren de T. vaginalis ve spermatik kord beraberce torsiyone olmuştur ve kriptorşidi olgularında görülen ekstra-vaginal torsiyonu meydana getirir.

Torsiyona zemin hazırlayan en önemli faktörlerden biri, testis ve spermatik kordonun etrafındaki T. vaginalisin normal uzamasıdır. Buna Clapper-in-bell deformitesi denilir. Testis torsiyonu ekstravaginal veya intravaginal de olan testisi etkilemesi, rotasyonun süresi ile derecesine bağlıdır. Hafif bir torsiyonda yalnız venöz sistemin bloke olmasıyla ödem meydana gelir ve bu tip olgulara yapılacak detorsiyon ameliyesinden sonra testis hayatîyetine devam edebilir. Eğer damarlarda tam oklüzyon olmuşsa, bunun sonucu testiste enfarktüs 4-6 saat içerisinde meydana gelir. Bu durumda spermatogenezis ile ilgili bütün elemanlar tahrip olur.

Smith, melez köpekler üzerinde yaptığı araştırmada kordonun tam torsiyonunda, 6 saat içerisinde spermatik hücrelerin tahrip olduğu fakat Leydig hücrelerinin ancak 10 saat sonra harabiyete uğradıklarını bildirmiştir.

Entermittant torsiyonlu olguların komplet torsiyone olabileceği düşünülerek profilaktik orkiopeksiyi düşünenler vardır (3). Daha evvelce de değinildiği gibi, sol tarafta torsiyone olan olgularda, sağ testisin torsiyon potansiyelinin arttığı gözlenmiştir (3). Eğer hasta testis atrofik olarak bulunursa ve diğer testis de ağrı ve şişlik sebebiyle daha evvelce orkiektomize edilmişse, o takdirde intermittant torsiyon olasılığı da artar ve bu gibi olgularda erken cerrahi müdahale ile testisi kurtarma şansı artar.

Detorsiyon ile her ne kadar ipsilateral testisin korunması amaç edilmişse de aksi taraftaki testiste spermatogenetik fonksiyonda hasar meydana geldiği de ortaya konulmuştur. Fare testislerinde yapılan araştırmalarda iskemi ve nekrozun karşı taraftaki testiste immünolojik hasar meydana getirdiği ortaya konulmuştur. Nitekim globulin ve splenektomiden sonra immünolojik hasarın olmaması olayın bu şekilde, immun bir olay olduğunu ortaya koymuştur.

24 saati geçen olgularda detorsiyon yapmak ipsilateral testisi kurtarsa bile kontralateral testisteki sistemik yoldan histolojik hasarın oluşmasını önleyemez ve sonuçta azospermi kaçınılmaz olur. Şayet torsiyon ilk sekiz saatte düzeltilirse spermatogenezisde bozulma olmaz.

## TEDAVİ

Klinik muayenede, akut testis torsiyonu şüphelenildiğinde, acil skrotal eksplorasyondan kaçınmamak, eksplorasyonda torsiyon yerine epididimitis dahi çıksa, kaybımız büyük olmaz diye bir inanç vardır. Torsiyone olmuş testis sıklıkla mavi veya moraçalar bir renk almış olarak görülür. Detorsiyon yapıldıktan 30 saniye sonra renk değişip morluk veya mavilik geçmezse orkiektomi yapmak daha doğru olur. Kalan testiste de skrotuma daima fikse edilmelidir. Torsiyone testis kurtarılabilirse her iki testis de skrotuma tesbit edilmelidir. Bu ameliyatta, ilk olarak hidrosel için yapılan "Bottle" ameliyatı gibi T. Vaginalis ters çevrilir ve aşağıya doğru suture edilir. Daha sonra da T. Vaginalis ile T. Albuginea arasına tercihan ipek suture konularak cerrahi müdahale tamamlanmış olur.

Detorsiyon yapılmak istenilen durumlarda, evvela laterale doğru deneme yapmak gerekir (10). Eğer bu manuplasyon esnasında bir direnç ile karşılaşılırsa, testisi aksi istikamete doğru döndürmek gerekir. Bazı araştırmacılar manuplasyon esnasında lokal anestezi tatbikine karşıdır. Çünkü detorsiyon yapılırken ağrının ortadan kalkması ameliyenin tam ve başarılı olduğuna dair en müsbet delil olarak kabul edilmekte ve anestezi ile bu önemli bulgunun ortadan kalkacağına işaret etmektedirler (10).

Detorsiyon yukarıda da belirtildiği gibi önce lateral istikamette ve 180° olarak yapılır. Bu ilk döndürme pozisyonunu bozmadan gerekirse bir 180° döndürme daha denenebilir. Yine gerekirse bu döndürme hareketlerine devam edilir.

Manuel detorsiyondan sonra üzerinden fazla geçmeden hasta ameliyathaneye alınarak bilateral orkiopoksi yapılmalıdır. Bunun için üç ikiler kaidesi uygulanmalıdır. 2 tarafı da 2'şer adet 2/0 ipek sütür ile fiksasyon yapılır. Fiksasyon sütürleri, dartos ile T. Vaginalis arasına konulur.

## ÖZET

Son beş yılda, kliniğimizde görüp tedavilerini yaptığımız 13 olguluk testis torsiyonu münasebeti ile bu patolojinin etioloji, pathogenez ve tedavisi üzerinde duruldu.

Klinik tanısı yapılan olgularda detorsiyon yapılmadığında derhal cerrahi eksplozasyon yapılmasının önemi de belirtildi. Diğer testisin profilaktik olarak skrotuma fiksasyonu da aynı seansta yapılmalıdır. Genç erkeklerde ve çocuklardaki açıklık kazanmayan testiküler şişlik ve ağrılı durumlarda, ayırıcı tanı yapılırken, entermittant torsiyon düşünülmelidir ve bilateral orkiopoksi yapılmasının önemi de ayrıca belirtildi.

## SUMMARY

During the last five years thirteen cases of testicular torsion were diagnosed in our clinic. In this paper etiology, pathogenesis and the treatment of the testicular torsion discussed briefly and we emphasize consideration of the diagnosis and advise prompt surgical exploration when the condition is suspected. Prophylactic fixation of the unaffected testicle is mandatory.

Intermittent torsion should be considered in the differential diagnosis of unexplained recurrent testicular pain and swelling in boys and young men. Bilateral orchiopexy should be done on an elective basis if torsion is suspected.

## LİTERATÜR

1. Delasiauve; Rev. Med. Franc et Estrang. Paris, p. 363. 1840 - Cited by Ewert, E.E. and Hoffman, H.A.; J. Urol., 51: 551, 1944.
2. Abeshouse, B.S.; Urol. and Cutan. Rev., 40: 699, 1936.
3. Taylor, J.N. and Baner, D.J.; Torsion of the testicle. J. Urol., 94: 680, 1965.

4. Skoglund, R.W., Mc Roberts, W. and Ragde, H.: Torsion of the spermatic cord. A review of the literature and an analysis of 70 new cases. J. Urol., 104: 604, 1970.
5. Barker, K. and Roper, F.P.: Torsion of the Testicles. Brit. J. Urol., 36: 35, 1964.
6. Klingerman, J.J. and Norase, M.H.: Torsion of the Testicles. J.A.M.A., 200: 673, 1967.
7. Lyon, R.P.: Torsion of the testicle in childhood. J.A.M.A. 178: 702, 1961.
8. Prehn, D.T.: A new sign in the differential diagnosis between torsion of the spermatic cord and epididymitis. J. Urol., 32: 191, 1934.
9. Smith, K.H.: Testicular torsion. Brit. J. Surg., 45: 280, 1957.
10. Cattolica, E.V.: Preoperative manual detorsion of the torsed spermatic cord. J. Urol., 133: 803, 1985.