

ERİŞKİN NONPALPABL TESTİSLİ OLGULARDA LAPAROSKOPIK BULGULAR

THE LAPAROSCOPIC FINDINGS IN ADULT NONPALPABLE TESTES

ŞAHİN, C.,* ULUUTKU, H.,* ERDEM, S.,* ERYILMAZ, M.,* YİĞİT, T.,* ÖNOL, Y.**

ÖZET

Testisi palpe edilemeyen olgularda; ultrasonografi, tomografi, sintigrafi, MR ve laparoskopi bilinen tanı yöntemleridir. Ancak bunlar arasında laparoskopi, doğru tanının yanı sıra tedavi olanağını da birlikte sunduğu için birçok merkezde tercih edilen ilk yöntem olduğu bilinmektedir.

Temmuz 1996 - Haziran 1998 yılları arasında yaş ortalaması 21 (20-22) olan palpe edilemeyen testisli 18 olguya laparoskopik girişim uygulandı. 16 olgu tek taraflı, diğer iki olgu ise iki taraflı idi. Tek taraflı 16 olgunun onbirinde testis periton içerisinde inguinal kanal girişinde, bir olguda ise renal pedikülün hemen altında, atipik görünümde bulundu ve laparoskopik orkiektomi yapıldı. 4 olguda laparoskopi sırasında testis bulunamadı. Bu dört olguda vas deferensin internal inguinal ringten içeri girdiği görüldü. Bu dört olguya inguinal eksplorasyon yapıldı. Bir olguda inguinal kanalda 1 cm çapta atrofik testis bulunup orkiektomi yapılırken, diğer üç olguda sadece vas deferensin skrotuma girdiği ve kör sonlandığı görüldü. İki taraflı nonpalpabl testisli iki olguda her iki testisin de hacim ve kıvrımları uygun bulunarak ilk seansta laparoskopik testiküler arter ligasyonu yapıldı. Altı ay sonra bu iki olguya açık orkiepeksi uygulandı.

Kriptorşik testislerin atipik yerleşim gösterebileceği, inguinal laparotominin tanıda yeterli olamayacağı kanısındayız. Yine iki taraflı kriptorşidizmlı olgularda laparoskopik girişimin, yapışıklık ve skar oluşturmaması nedeni ile iki seanslı orkiepeksi operasyonlarının birinci seansı için ideal bir girişim olduğu görüşündeyiz.

ABSTRACT

Ultrasonography, tomography, sintigraphy, MR and laparoscopy are known as diagnostic techniques in cases with nonpalpable testes. But laparoscopy is the most preferable technique in many medical centers.

Between July 1996 and June 1998, laparoscopy was applied to 18 cases with nonpalpable testes. Their ages were ranged 20 to 22, mean 21. Sixteen cases had unilateral nonpalpable testes and others had bilateral. In 11 of the cases with unilateral nonpalpable testes, we found the testes at the entrance of inguinal canal in peritoneum and in one case the testis had found nearly under the renal pedicula and laparoscopic orchiectomy had done. In 4 cases the testes couldn't find in laparoscopy but vas deferens was seen going into the inguinal canal. In these four cases, inguinal exploration had done. In inguinal exploration 1 of 4 had atrophic testis in inguinal canal about 1 cm diameter and undergone orchiectomy. But the other case had no testicular tissue in inguinal canal, only vasa deferens. In two patients with bilateral nonpalpable testes, we found the testes in peritoneum with normal densities and dimensions then we ligated the testicular arteries in first session. After 6 months, open orchiopexy operation was applied to these patients.

We think that only laparotomy is not enough to diagnose because cryptorchic testes have atipic localizations. In our opinion, laparoscopic approach is ideal for the first session of two session orchiopexy operations because of no fibrosis and no scar formation in cases with bilateral cryptorchidism.

ANAHTAR KELİMELER: Laparoskopi,
Nonpalpabl testis, Kriptorşidizm

KEY WORDS: Laparoscopy, Nonpalpable
testes, Cryptorchidism

Dergiye geliş tarihi: 29.10.1998

Yayına kabul tarihi: 3.2.1999

* Mareşal Çakmak Asker Hastanesi Üroloji Servisi / ERZURUM

** Önel Üroloji Merkezi / İSTANBUL

GİRİŞ

Ürolojide laparoskopinin en yaygın ve kabul gören kullanım alanı nonpalpabl testislerdir¹. Palpe edilemeyen testislerin lokalizasyonunu belirlemede ultrasonografi (US), bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans (MR), sintigrafi kullanılan diğer yöntemlerdir^{2,3}. Bilateral olgularda HCG stimülasyon testi; testis varlığını ortaya koymada indirekt bir test olarak tanıda yardımcı olabilmektedir⁴. Ancak tüm bu görüntüleme yöntemlerinde testisin varlığı ortaya konsa da ek bir girişim (laparotomi, laparoskopi) kaçınılmazdır. Yine bu yöntemlerde testisin olmadığına dair kesin hüküm yürütmek her zaman mümkün olmamaktadır. Testisi skrotumda olmayan ve inguinal kanalda da palpe edilemeyen 18 erişkin olguda tanı ve tedavi amaçlı laparoskopik girişim uygulandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

1996-1998 tarihleri arasında yaş ortalaması 21 (20-22) olan 18 nonpalpabl testisli olguya laparoskopik girişim uygulandı. 16 olgu tek taraflı, iki olgu çift taraflı idi. Tek taraflı olgularda fizik muayene dışında ek bir tetkik yapılmadı. Çift taraflı olgularda operasyon öncesi ve operasyon sonrası altıncı ayda hormon analizi yapıldı. Girişim üç trokar girişi ile gerçekleştirildi. 10 mm'lik bir trokar göbek altından, 10 mm'lik diğer bir trokar ilgili testisin karşı tarafından, 5 mm'lik üçüncü trokar da kriptorşik testis tarafından sinfizis pubis ve göbek arasında pararektal hat üzerinden yerleştirildi. Bilateral kriptorşidizimli iki olguda orkiopoksi sırasında her iki testisten biopsi alındı. Bu iki olgu testiküler atrofi gelişimi yönünden takip edildi.

BULGULAR

Operasyon süresi; sadece laparoskopik gözlem yapılan olgularda ortalama 15 dakika (12-30 dakika), laparoskopik orkiektomi yapılan olgularda ise ortalama 25 dakika (17-60 dakika) oldu. İntraabdominal testisli hiçbir olguda açık operasyona geçilmedi. İki olguda Verres iğnesinin yanlış yerleştirilmesi nedeni ile pnomoperitoneum oldu. Hastalar bir ile iki gün içerisinde taburcu

edildi. Bilateral kriptorşidizimli iki olguda da sekonder seks karakterleri normal idi. Bu iki olguda operasyon öncesi ve operasyondan altı ay sonra yapılan testosteron hormon düzeyi normal değerlerde idi. Takipte bu olgularda atrofi gelişmedi. Bir olguda skrotuma indirilen testis daha sonra pubik alana çekildi. Tüm olguların patolojik değerlendirmesi atrofik testis olarak rapor edildi. Hiçbir olguda karsinoma insitu görülmedi. Olgularla ilgili diğer ayrıntılar tablolarda görülmektedir (Tablo I-II-III).

	İntraperitoneal	İnguinal Kanal	Anorşidizm
Tek Taraflı (16 olgu)	12	1	3
Çift Taraflı (2 olgu)	4 testis	0	0

Tablo I. Palpe edilemeyen testislerin lokalizasyonu

Normal Görünümlü	Testis-Epididim Ayrık	Hipoplazik	Atrofik	Anormal Görünümlü
3	16	17	1	1*

* : 1x5 cm boyutlarında, tübüler görünümlü, aşırı yumuşak

Tablo II. Kriptorşik testislere ait özellikler

Laparoskopik Orkiektomi	İnguinal Orkiektomi	Laparoskopik Testiküler Arter Ligasyonu	Bilateral Orkiopeksi
12	1	4	4

Tablo III. Kriptorşik testislere uygulanan girişimler

TARTIŞMA

Ürolojide laparoskopinin kullanım alanı özellikle 1980'den sonra genişlemeye başlamıştır. Günümüzde ürolojik operasyonların % 17'sinin laparoskopik olarak gerçekleştirildiği, ancak arzu edilen oranın % 70 olması gerektiğini bildiren yayınlar vardır¹. Laparoskopik bir girişimin açık operasyonlara üstünlüğü; düşük komplikasyon oranı, kısa operasyon zamanı, minimal ağrı, kısa hastanede kalış, erken güncel aktivitelere başlama ve ekonomik olarak uygun olması gibi kriterler göz önüne alınarak belirlenir. Ancak birçok laparoskopik ürolojik girişimlerin eşdeğer açık operasyonlara göre daha uzun sürdüğü ve daha pahalı olduğunu görmekteyiz^{5,6}. Zamanla deneyimler arttıkça operasyon sürelerini aşağı çekmek mümkün olacaktır. Laparoskopik orkiektomi yaptığımız ilk olgularda operasyon süresi

bir saati bulduğu halde son olgularımızda bu süre 20 dakikanın altına inmiştir. İki olgumuzda pnö-moperitoneum oldu. Bu olgulardan Verres iğnesi ekstraperitoneal yerleştirilerek insuflasyon yapılmıştır. Ancak her iki olguda da bu durum operasyon sırasında ve sonrasında sorun teşkil etmedi.

Nonpalpabl testisli olgularda konvansiyonel görüntüleme yöntemleri, laparotomi yapılacak olgularda testisin ve yapılacak insizyonun yerini belirlemek açısından önemli olabilir. Ancak bu görüntüleme yöntemleri, laparoskopi olanağının bulunduğu merkezlerde iş yükünü ve maliyeti artıran, zaman alan girişimler olmaktadır. Biz hiçbir olgumuzda fizik muayenenin dışında ek bir tetkik yapmadık. Bir olguda laparoskopi sırasında bulunamayıp inguinal eksplorasyonda bulunan 1x1 cm çapında atrofik testis ile karşılaşıldı. Bu olguda belki preoperatif yapılacak inguinal ultrasonografi testisi görüntüleyebilirdi. Bu durumda laparoskopi yapılmayıp basit bir inguinal kesi yeterli olabilirdi.

Onbir olguda testis, periton içerisinde inguinal kanal girişinde bulundu. Bu olgulara orkiektomi yapıldı. Bir olguda çıkan kolonun medialinde hepatik fleksura yakınında 1x5 cm boyutlarında tübüler görümlü doku ile karşılaşıldı. Karaciğere bir septa ile bağlı olan bu olguda eksizyon yapıldı. Dokunun patolojik incelemesi atrofik testis olarak geldi. Dört olguda testis laparoskopik olarak bulunamadı. Vas deferensin inguinal kanaldan içeri girdiği bu olgularda laparoskopik işleme son verilip mini inguinal kesilerle eksplorasyon yapıldı. Bir olguda atrofik testis saptanarak orkiektomi yapıldı. Üç olguda vas deferensin kör sonlandığı görüldü. Laparoskopik deneyimlerimiz arttıkça bu olgularda inguinal kanalın laparoskopik izlenmesi mümkün olacaktır.

Erişkin inmemiş testisli olgularda tedavi politikamız orkiektomidir. Bilateral olgularda orkiektomi yaşam boyu testosteron substitüsyonu demektir. Yine bu olgularda boş skrotumun hasta üzerinde yaşam boyu yapacağı olumsuz psikolojik etki kaçınılmazdır. Testis protezi bir alternatif olsa da getirdiği ekonomik yükü hastaların kaldırmaması güç olmaktadır. Bu gerçeklerden hareketle bilateral kriptorşidizmlili iki olguda iki aşamalı orkiepeksi uygulandı. Her iki olguda da sekonder seks karakterleri ve testosteron hormon

düzeyi normaldi. Birinci seansta laparoskopik testiküler arter ligasyonu yapıldı. Altı ay sonra açık eksplorasyon yapılarak testislerin aynı boyut ve canlılıklarını koruduğu görüldü. Her iki olguda da testisler skrotuma rahat indirildi. Bir olguda daha sonra bir testis pubik alana retrakte oldu. Takiplerde testiküler atrofi gelişmedi. Orkiepeksi sırasında alınan biopsi sonuçları testis atrofisi olarak rapor edildi. Deneyimler arttıkça bu olgularda tek seanslı laparoskopik orkiepeksi yapılabileceğini ümit ediyoruz. Literatürde tek seanslı operasyonlarda testisin korunma oranının daha iyi olduğu görülmektedir.^{7,8} Testisler yüksek abdominal yerleşimli ise orkiektominin en iyi seçeneğe olacağı, vasküler pedikül uzun ise tek seansla orkiepeksi ile testiküler atrofisinin % 85 oranında korunabileceği, aynı testislerin iki aşamalı (Fowler Stephens) operasyonlarda % 60 oranında korunabildiği bildirilmiştir.⁹

Sonuç olarak kriptorşik testislerin atipik yerleşim gösterebileceği, inguinal laparotominin tanıda yeterli olamayacağı kanısındayız. Özellikle inguinal yağ dokusu fazla olan olgularda fizik muayenenin yanısıra ultrasonografi yapılması, gereksiz laparoskopik girişimleri önleyecektir. Ülkemiz gerçeğinden hareketle, bilateral erişkin kriptorşidizmlili olgularda orkiepeksi; hormonal faaliyetin devamını sağlayarak yaşam boyu substitüsyon tedavisini önleyecektir. Testislerin palpe edilebilir bir ortama indirilmiş olması ile testislerin tümör gelişimi yönünden self kontrolü sağlanabilir. Bu hastalar, böylece boş bir skrotumun psikolojik olumsuz yanlarından etkilenmemiş olurlar.

KAYNAKLAR

- 1- Sarıyüce, O., Okan, S.: Laparoskopik Üroloji: Ürolojide güncel konular. 1997. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı (Özen, H., Tekgöl, S.)
- 2- Weiss, R.M., Carter, A.R., Rosenfield, A.T.: High resolution real-time ultrasonography in the localization of the undescended testis. J. Urol., 135: 936, 1986
- 3- Wolwerson, M.K., Jagannadharao, B., Sundaram, M., Riaz, M.A., Nalesnik, W.J., Houttuin, E.: CT in localization of impalpable cryptorchid testes. AJR, 134: 725, 1980

- 4- Tanagho, E.A., MacAninch, J.W.: Smith's General Urology, twelfth edition, A Lange Medical Book, Middle East Edition, P: 148, 1988
- 5- Gülmez, İ., Demirci, D., Sözüer, E., Ekmekçioğlu, O., Karacagil, M., Tatlışen, A.: Laparoskopik varikoselektomi. Türk Ürol. Der. 22: 4, 452-456, 1996
- 6- Ülker, V., Garibyan, H., Kurth, K.H.: Laparoskopik varikoselektomi: Cazip bir seçenek mi? Üroloji Bülteni, 7: 2, 105-107, 1996
- 7- Gaur, D.D., Agarwal, D.K., Purohit, K.C., Dars-hane, A.S.: Laparoscopic orchiopexy for the intra-abdominal testis. J. Urol., 153: 479-481, 1995
- 8- Sarıyüce, O., Gürpınar, T., Özkan, S., Gürel, M.: Laparoscopic assisted orchidopexy. J. Endourol., suppl., 7: S170, 1993
- 9- Zerella, J.T., McGill, L.C.: Palpe edilemeyen testislerin orkiopexi sonrası sağkalımı: Üroloji Yılı, 1994 (Jay Y. Gillenwater, Stuart S. Howards).