

**PALPABL İNMEMİŞ TESTİSLERDE TRANSSKROTAL ORŞİYOPEKSİ
TRANSSCROTAL ORCHİDOPEXY FOR PALPABL UNDESCENDED TESTES**

TAHMAZ L., YAĞCI S., YILDIRIM İ., PEKER A.F., DAYANÇ M.

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Üroloji Anabilim Dalı, ANKARA

ÖZET

Bu çalışmada palpe edilebilir yüksek skrotal yerleşimli testislerde tek skrotal kesi ile yapılacak orşiopeksinin etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

1-5 yaş arası (ortalama 30 ay) 20 hastada skrotal orşiopeksi Ocak 1999-Mayıs 2000 tarihleri arasında uygulandı. Hastaların 3'ünde patoloji her iki tarafta da mevcuttu. Diğer tarafa standart inguinal orşiopeksi uygulandı. Operasyondan 2 ay sonra testis büyüklüğü ve yeri kontrol edildi. Operasyon süresi ortalama 25 dk idi (18-40 dk arası).

Hastaların 2. aydaki kontrollerinde testislerde atrofi olmadığı, oluşturulan poşun içinde oldukları gözlemlendi. Postoperatif herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmadı. 1 hastada 3. ayda patent processus vajinalis saptandı. Inguinal herniorafi uygulandı.

Yüksek skrotal yerleşimli veya inguinal kanal dış ağzında palpabl testislerde skrotuma olan tek insizyonla orşiopeksi operasyonun süresini kısaltır. Daha iyi kozmetik sonuçlar verir.

Anahtar Kelimeler: Orşiopeksi, transskrotal yaklaşım

ABSTRACT

In this study we aimed to evaluate the efficiency of orchidopexy by single scrotal incision for palpabl undescended testes distal to the external inguinal ring.

We performed scrotal orchidopexy in 20 patients (ranged 1 to 5 years. Mean 30 month) with palpabl undescended testes situated below external inguinal ring between February 1999 and May 2000. At 3 patients with bilateral undescended testes standard orchidopexy were performed for the testes above external inguinal ring. After 2 months the testicular volume and situation was controlled. The mean operation time was 25 minutes (ranges 18-40 minutes).

There was no atrophy or in adequate position in operated testes after two months only one inguinal with hernioraphy was performed for lately determined, patent processus vajinalis.

Single incision scrotal orchidopexy gives excellent cosmetic results with shorter operation time than standart orchidopexy for palpabl undescended testes.

Key Words: Orchidopexy, transscrotal approach

GİRİŞ

İnmemiş testislerin %24'ü nonpalpabl'dır ve bunların %39'u eksternal inguinal halkanın distalinde yer alır¹. Yani inmemiş testislerin % 85'i eksternal inguinal halkanın distalindedir sonucuna varılabilir².

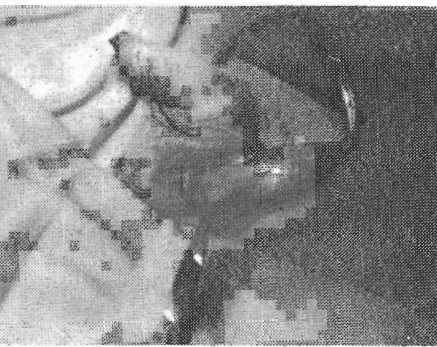
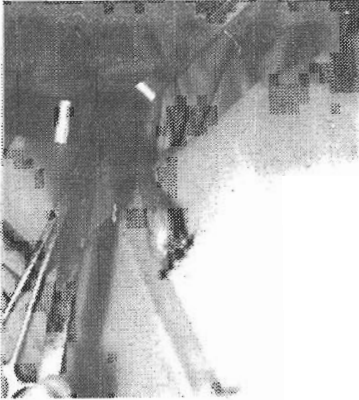
Orşiopekside başarısızlığın nedenlerinin en önemlileri operasyon sonrası dartos fasyasında kremasterik kaslarda olan kontraksiyon ile testisin yukarı doğru çekilmesi ve inguinal kanal içinde kalan fitik kesesidir^{3,4,5}. Biz de bu temel başarısızlık nedenlerini ortadan kaldıracak transskrotal bir girişimle hastalarımıza daha iyi kozmetik sonuçlar ve postoperatif rahat sağlayan bir tekniği uyguladık. Sonuçlarımızı tartıştık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Ocak 1999 Mayıs 2000 tarihleri arasında testisleri eksternal inguinal halkanın distalinde

yer alan 20 hastaya transskrotal orşiopeksi uyguladık. Hastalarımızın yaşları 1-5 arasında (ortalama 30 ay) idi. Operasyon süresi 18-40 dakika arasında değişti (Ortalama 25 dk). Operasyon öncesi fizik muayene ile testisin palpabl olduğu ve eksternal inguinal halkanın distalinde yerleştiği gözlemlendikten sonra ultrasonografi eşliğinde inguinal kanal içine giren herhangi bir batın içeriği olup olmadığı vasalva manevrası yaptırılarak veya çocuk ağlarken gözlenmeye çalışıldı. Transskrotal girişim için hasta hazırlandı ve skrotum ortası ile supraskrotal bölge arasından pililere paralel horizontal 2-2.5 cm insizyonla operasyona başlandı. Anestezinin başlamasını takiben tekrar fizik muayene yapıldı. Testisin retraktil olmadığı gözlemlendi. Testis skrotoma doğru itildi. Bu sırada yapılan insizyonla dartos poşu oluşturuldu. Künt-keskin diseksiyonla testise ulaşıldı. Gubernekular bağlantıları ayrıldı. Kremasterik fibriller kordon-

dan ayrılarak kordon serbestleştirildi. İnguinal kanal parmak ile genişletildi. Patent bir prosessus vajinalis varlığı araştırıldı. Kordon inguinal kanal içinde aşağıya doğru forse edilerek fitik kesesi gözlenmeye çalışıldı. Fitik kesesi saptanmıyorsa, kordon uzunluğu skrotuma testisin rahatça yerleşmesine müsaade ediyor ise operasyona devam edildi. Çalışmada yer almayan 5 vakada operasyona inguinal kesi ile devam edildi. Testis iki yerinden cilde fikse edildi. Böylece testisin torsiyonu ve hafif travma ile yukarı çıkması engellenmeye çalışıldı. Hastalara postoperatif 48 saat boyunca 10 mg/kg ibuprofen 8 saatte bir uygulandı. Gerekirse ilave asetaminofen supozotuar kullanıldı. Postoperatif 1. günde hastalar evlerine gönderildi. 2. ayda testis yeri ve volümünün son halinin belirlenmesi için kontrol muayenesine çağrıldı. Resim 1 ve 2'de operasyon aşamaları gösterilmiştir.



Şekil 1-2: Transskrotal orşiopekside uygulanan cerrahi aşamalardan bir bölüm.

BULGULAR

Hastalarda operasyon sırasında veya sonrasında herhangi bir komplikasyona rastlanmadı.

Postoperatif 2. aydaki kontrollerde testislerin atrofiye uğramadığı skrotumda normal yerlerinde oldukları gözlemlendi. 1 vakada gözden kaçan prosessus vajinalis açıklığına bağlı kordon kisti saptandı ve inguinal herniorafi uygulandı.

TARTIŞMA

İnguinal eksplorasyon inmemiş testise klasik yaklaşım biçimidir. Böylece inguinal kanal distalinde, inguinal kanalda veya intraabdominal alanda mevcut olan testis bulunabilir. Sonrada skrotumda bulunması gereken yere indirilir. Testis bulunduktan sonra testisin kendisi, vaz deferens, spermatik damarlar, processus vajinalis veya fitik kesesi belirlenir. Kordon ve testis, fitik kesesi veya patent processus vajinalisten ayrılıp skrotumda oluşturulan subdartos poşa yerleştirilir. Bu işlemler için bir inguinal bir de skrotal olmak üzere iki kesi gereklidir⁶.

Pediyatrik popülasyonda cilt insizyonu ile hareketli bir eksplorasyon sahası sağlanabilir. Yani skrotumdaki bir insizyon cildin hareketliliğinden dolayı başka bölgelere doğru çekilebilir. Skrotal kesiyi herni veya hidrosel gibi patent processus vajinaliste kullanan çok çalışma vardır^{7,8}.

Biz çalışmamızı planlarken literatürü göz önüne alarak daha kısa sürecek, kozmetik sonuçlarının iyi olacağı fakat seçilmiş vakalarda uygulanabilecek bir orşiopeksi düşündük. Vakalarımızın hepsi eksternal inguinal halkanın distalinde palpabl testislerdi ve operasyon öncesi fizik muayene ile bu testislerin kolayca skrotuma doğru indirilebildiklerini gözledik. Ultrasonografi ile de mümkün olduğunca kordona eşlik eden bir fitik kesesi veya processus vajinalis varlığını araştırdık. Anestezinin başlamasından sonrada kordonun rahatlıkla uzayabildiğini ancak retraktil olmadığını saptadık. Birlikte bir fitik kesesi veya patent bir processus vajinalis olup olmadığını ortaya çıkarmaya çalıştık. Eğer eşlik eden bir kese tespit edersek operasyona inguinal kesi ilave ederek bu vakayı çalışmadan çıkardık. Bir vakamızda gözden kaçan processus vajinalis açıklığına bağlı kordon kisti 3. ayda yapılan kontrolde saptandı ve yeniden ameliyat edildi (%5).

Bu vakadan da yola çıkarak tekniğin çekincelerinden ve faydalarından bahsetmemiz gerekir. Kanal içinde gözden kaçan bir kesenin varlığının operasyonun başarısız olmasına neden ol-

duğunu biliyoruz^{5,6}. Processus vajinalisin trans-skrotal yaklaşımla istendiği gibi kordondan ayrılamayacağını, bu sürede oluşacak komplikasyonların ilerdeki fertilité potansiyelini beslenmeyi bozarak etkileyebileceğini, skrotum içinde poşa yerleştirilen testisin çevreden yeni damarlar alamayacağını Lais ve Ferra belirtmiş olup bizde katılmaktayız. Caruso'nun makalesinde olduğu kadar kolayca bu işin yapılamayacağını veya deneyimin fazla olması gerektiğini düşünüyoruz⁹. Bunlarda transskrotal kesiği supraskrotal bölgeye doğru yaklaştırarak, inguinal kanala kadar gidip kordonu tutan kremasterik lifler ve diğer dokulardan serbestleştirdikten sonra, inguinal kanalı hafifçe parmakla dilate edip kordonu mümkün olduğunca aşağıya çekerek üstünde fıtık kesesi gözlemeye çalıştık. Herhangi bir kese varlığı gözlenmiyorsa operasyona devam ettik. Dartos poşunun ağzını daraltan bir sütür koyduk ve en az iki yerinden cilde fiks ettik. Böylece skrotal fiksasyondan farklı bir teknik meydana getirdik¹⁰. Posoperatif 3. ayda tespit edilen kordon kisti ile de potent bir processus vajinalis varlığının bazen her şeye rağmen gözden kaçabileceğini gözledik. Ancak zamanın kısalığı ve elde ettiğimiz güzel kozmetik sonuçlar bizi tekniği uygulamaya devama ikna etmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- **Kirch AJ, Escala J, Duckett JW et al:** Surgical management of the nonpalpable testis: The Children's Hospital of Philadelphia experience. *J Urol.* 159(4): 1340-3, 1998
- 2- **Scorer CG and Farrington GH:** Congenital Deformities of the testis and Epididymis. New-York: Apleten- Centry Crofts, 1971
- 3- **Lais A, Ferra F:** Trans-skrotal approach for surgical correction of cryptorchidism and congenital anomalies of the processus vaginalis. *Eur Urol.* 29: 235-8, 1996
- 4- **Maizels M, Gomez F, Firlit CF:** Surgical Correction of the failed orchiopexy. *J Urol.* 130:955, 1983
- 5- **Cartwright PC, Velagapudi S, Snyder HM:** A surgical approach to reoperative. *J Urol.* 149:817, 1993
- 6- **Koyle MA, Walsh R, Corvia A:** Scrotal (Bianchi) approach to patent processus vaginalis in children. *Tech Urol.* 5: 95, 1999
- 7- **Ritchey MC and Bloom DA:** Modified dortos pouch orchidopexy. *Urology* 45: 136, 1995.
- 8- **Bianchi A and Squire BR:** Transscrotal orchidopexy: Orchidopexy revised. *Pediatr Surg. Int.* 4: 189, 1989.
- 9- **Carusa AP, Walsh RA, Walock JW, et al:** Single scrotal incision orchidopexy for the palpable undescended testicle. *J Urol.* 164: 156-159, 2000.
- 10- **Misra D, Dias R, Kapila L:** Scrotal Fixation: Different surgical approach in the management of the low undescended testis. *Urology* 49: 762-765, 1997