

POLİORŞİDİZM OLGUSU**POLYORCHIDISM: A CASE REPORT**

Gültekin ERDOĞAN*, İrfan BAŞPINAR*, Gökhan FAYDACI**, S. Erpulat ÖZİŞ*

* Sarıkamış Asker Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, KARS

** Sarıkamış Asker Hastanesi Üroloji Kliniği, KARS

ABSTRACT

Introduction: Polyorchidism is defined as the presence of more than two testes and it is a rare congenital abnormality. Less than 100 cases were reported in the literature. We report the case of 21 year-old man presented with inguinal pain and right scrotal mass approximately 1 cm in diameter close proximal to right testis. Scrotal sonographic examination revealed that the mass had same echogenicity with the testis and this situation was suggested as polyorchidism. Histological examination of the removed mass confirmed the tissue as testicular tissue. There were no dysplastic and metaplastic changes.

Key words: Polyorchidism, testis, congenital abnormality

ÖZET

İkiden fazla sayıda testis olması poliorşidizm olarak adlandırılır ve çok ender görülen bir doğumsal bozukluktur. Literatürde günümüze kadar 100'den az olgu bildirilmiştir. Kasık ağrısı şikayetiyle başvuran 21 yaşındaki hastanın muayenesinde sağ skrotumda testise bitişik 1 cm'lik kitle saptandı. Ultrasonografide bu kitlenin testis ile aynı ekojenitede olduğu görüldü ve aksesuar testis olarak değerlendirildi. Eksize edilen kitlenin histopatolojik incelemesinde atrofik testis dokusu saptandı, herhangi bir displazi yada metaplazi görülmedi.

Anahtar Kelimeler: Poliorşidizm, testis, doğumsal bozukluk

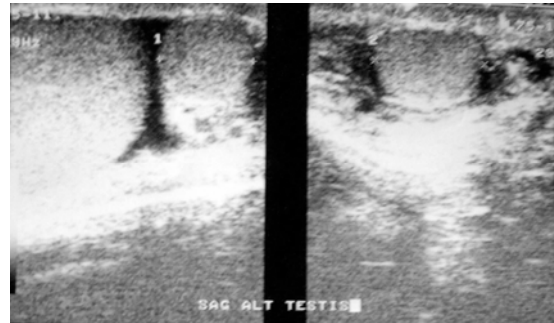
GİRİŞ

İkiden fazla sayıda testis olması poliorşidizm olarak adlandırılır ve çok ender görülen bir doğumsal bozukluktur. Yayınlarda günümüze kadar 100'den az olgu bildirilmiştir¹. İlk kez 1895'de Lane tarafından tanımlanmış ve histopatolojik olarak da kanıtlanmıştır². Sol tarafta görülme oranı sağa göre üç kat daha fazladır ve olguların yarısı 15-25 yaş grubundadır¹. Tanı ele gelen kitlenin ultrasonografi yada diğer radyolojik yöntemler ile tespiti ile konulsa da, kesin tanı çıkarılan dokunun histopatolojik incelemesi ile doğrulanmalıdır²⁻⁵. İntraskrotal kitleye sebep olan diğer patolojilerden (spermatosel, hidrosel, epididimal kist ve aberran epididim) ayırımının yapılması gereklidir. Bu ayırım için ultrasonografi çoğu kez yeterli olsa da, renkli Doppler ultrasonografi yada magnetik rezonans görüntüleme de yararlanılabilir⁶⁻⁸.

OLGU SUNUMU

Yaklaşık 2 yıldır tekrarlayan sağ kasık ve testiküler ağrı şikayeti ile polikliniğimize başvuran 21 yaşındaki erkek hastanın yapılan muayenesinde, sağ skrotumda testise bitişik, yaklaşık 1 cm'lik sert ve mobil kitle saptandı. Yapılan ultrasonografide sağ ve sol testis normal boyutlarda ve sağ skrotum içerisinde testise komşu, testis ile aynı ekojenitede düzgün konturlu, 12 mm'lik bir doku saptandı ve

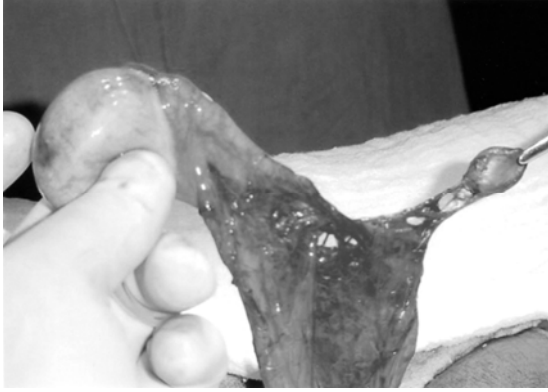
aksesuar testis olarak değerlendirildi (Resim 1). Biyokimyasal tetkikler, gonadal hormon değerleri ve tümör belirteçleri normal sınırlarda idi. Spermiyogramda sperm sayısı normal değerlerdeydi (80 milyon/ml), fakat %70'inde hareket bozukluğu vardı. Hastanın sosyal durumu nedeniyle klinik takibe alınamaması nedeniyle aksesuar testisin alınmasına karar verildi. İnguinal yaklaşımla skrotal içeriğin cerrahi eksplorasyonunda, ortak bir vas deferensi kullanan iki ayrı epididim ve iki ayrı testis görüldü. Aksesuar testisin spermatik korddan köken alan ayrı bir damarlanması mevcuttu (Tip III ektopik testis). Ektopik testis eksize edildi (Resim 2). Çıkarılan dokunun histopatolojik incelemesinde atrofik testis dokusu saptandı. Herhangi bir displazi yada metaplazik görülmedi.



Resim 1. USG'de sağda 2 adet testis görünümü.

Dergiye Geliş Tarihi: 01.01.2005

Yayına Kabul Tarihi: 21.10.2005 (Düzeltilmiş hali ile)



Resim 2. Ameliyat sırasında aksesuar testisin alınması.

TARTIŞMA

Poliorşidizmin embriyojenik gelişimi, genital ridgenin transvers bölünmesiyle yada iki katlantılı primordial gonad varlığıyla açıklanabilir^{3,5}. İki katlantılı primordial gland hipotezi altı olguda görülen, kendi epididim ve vas deferensine sahip aksesuar testis ile desteklenmektedir^{2,9,10}. Bu bulgular genital ridgenin transvers bölünmesi ile ilgili diğer hipotez ile açıklanamayan komplet duplikasyonu düşündürür. Diğer bütün olguların anatomik özellikleri, cinsel organların gelişiminin erken embriyonik dönemleri sırasında, primordial gonadların ve mezonefronların transvers bölünmesini varsayan bu son teoriyle uyumludur. Poliorşidizmin değişik tiplerine sebep olan, bu bölünmenin yeri ve yaygınlığıdır. İlk yayınlarda yazarlar poliorşidizmi aksesuar testisin yerleşimine göre skrotal, inguinal yada intraabdominal olarak sınıflandırır⁹⁻¹². Mastroeni ve arkadaşları embriyojenik gelişime dayalı fonksiyonel bir sınıflandırma yapmışlardır (Şekil 1). Bu sınıflandırmaya göre Tip I: Aksesuar testisin kendi epididimi ve vas deferensi yoktur. Primordial gonadın ayrılan parçası epididimin geliştiği mezonefrik tubuller ile birleşmez. Tip II: Aksesuar testis ortak bir epididim ile normal testise bağlantılıdır ve ortak bir vas deferensi kullanırlar. Genital ridge bölünmesi primordial gonadların mezonefrik kanallara yapışık olduğu bölümde olur (inkomplet bölünme). Tip III: Aksesuar testis kendi epididimine sahiptir fakat normal testisle aynı vas deferensi kullanır. Bu genital ridgenin komplet transvers bölünmesi ile oluşur⁵.

Bildirilen olguların çoğunluğu asemptomatik olup, rastlantısal olarak kasıkta yada skrotumda ağrısız kitle ele gelmesi üzerine tanı konulmuştur.

Olguların yaklaşık yarısı 15-25 yaş aralığında olup, 4 hafta ile 75 yaş arasında değişmektedir^{1,3,4}.

Olguların yaklaşık %50'sinde iniş problemi yada kriptorşidizm olurken, %30'u indirekt inguinal herni ile birliktelik gösterir. %20 olgu torsiyon, hidrosel, epididimit, varikosel yada infertilite gibi çeşitli problemler için yapılan tetkiklerde tespit edilir. Artmış torsiyon eğilimi aksesuar testisin stabil olmayan bağlantısına dayandırılmaktadır. Normal testisle karşılaştırıldığında kriptorşidizimli hastalarda %20-40 oranında artmış testiküler malinite riski olduğu için aksesuar testislerde de malinite riski artmaktadır^{1,3,5,12}. Skrotal yerleşimli ektopik testis olgularında malin dejenerasyon (seminom, teratom ve choriocarcinom gibi) oranı %4-7 oranındadır¹³.

Poliorşidizmin, intraskrotal kitleye sebep olan spermatosel, hidrosel, epididimal kist ve aberran epididimden ayırımının yapılması gereklidir. Bunun için çoğu kez ultrasonografi yeterli olmaktadır. Ultrasonografide aksesuar testis normal testis ile benzer eko paterni gösterir. Ultrasonografik bulgular ayırım için yetersiz olduğunda renkli Doppler ultrasonografi ve magnetik rezonans görüntülemeler de yararlanılabilir. Bu görüntülemelerde de aksesuar testis normal testis ile aynı ekojeniteye ve vasküler akım paternine sahiptir⁶⁻⁸.

Sonuç olarak, poliorşidizm genellikle rastlantısal olarak saptanır ve diğer skrotal kitlelerden ayırımının yapılması gerekir. Tedavi seçenekleri takip yada cerrahi eksizyon şeklindedir. Klinik, radyolojik ve laboratuvar bulguları ile malinite dışlanamıyorsa, yada torsiyon, inmemiş testis ve inguinal herni gibi cerrahi gerektirir bir patoloji mevcut ise eksizyon yapılmalıdır. Klinik takipte problem yaşanmayacak olgular biyopsi ile malinite dışlandıktan sonra takibe alınabilir.

KAYNAKLAR

- 1- Sheah BJ, Teh HS, Peh OH: Supernumerary testicle in a case of polyorchidism. Ann Acad Med Singapore. 33: 368-370, 2004.
- 2- Lane WA: A Case of supernumerary testis, Trans Clin Soc London 28: 59, 1895.
- 3- Thum G: Polyorchidism: Case report and review of literature. J Urol. 145: 370-372, 1991.
- 4- Özok G, Taneli C, Yazıcı M, et al: Polyorchidism: A Case Report and Review of the Literature. Eur J Pediatr Surg. 2: 306-307, 1992.
- 5- Mastroeni F, D'Amico A, Barbi E, et al: Polyorchidism: 2 case reports. Arch Ital Urol Androl. 69: 319-22, 1997.

- 6- **Amodio JB, Maybody M, Slowotsky C, et al:** Foresto C. Polyorchidism: Report of 3 cases and review of the literature. *J Ultrasound Med.* 23: 951-957, 2004.
- 7- **Garcia Penit FJ, Ponce de Leon J, Torre P, et al:** Color Doppler ultrasonography in the diagnosis of a case of polyorchidism. *Arch Esp Urol.* 54: 726-728, 2001.
- 8- **Deveci S, Aygun C, Agildere AM, et al:** Bilateral double by testis: Evaluation magnetic resonance imaging. *Int J Urol.* 11: 813-815, 2004.
- 9- **Snow BW, Tarry WF, Duckett JW:** Polyorchidism: An unusual case. *J Urol.* 133: 483, 1985.
- 10- **Berger AP, Steiner H, Hoeltl L, et al:** Occurrence of polyorchidism in a young man. *Urology.* 60: 911, 2002.
- 11- **Jurion JL, Wese FX, Hennebert P, et al:** Polyorchidism: Report of Three Cases and Further Embryological Considerations. *Eur Urol.* 17: 90-92, 1990.
- 12- **Singer BR, Donaldson JG, Jackson DS:** Polyorchidism: Functional Classification and Management Strategy. *Urology.* 39: 384-388, 1992.
- 13- **Shabtai F, Schwartz A, Hart J, et al:** Chromosomal anomaly and malformation syndrome with abdominal polyorchidism. *J Urol.* 146: 833-834, 1991.