

TESTİKÜLER AĞRI (ORKİALJİ)

GİRİŞ

Vücudun herhangi bir bölgesindeki ağrı primer ya da yansıyan ağrı şeklinde olabilir. Bu durum sinir sistemi elemanlarının dağılımından ve embryolojik hayatta bazı yapıların aynı kökenden gelişmesinden kaynaklanır. Skrotal ağrı için de bu geçerlidir. Skrotal ağrı primer ya da yansıyan ağrı şeklinde görülebilir. Aynı zamanda skrotal ağrı, akut ya da kronik ağrı şeklinde de sınıflandırılabilir.

Akut ağrı skrotum kökenlidir ve genellikle akut epididimit, testis torsiyonu ya da appendiks torsiyonuna bağlı olarak görülür. Akut epididimit ve testiküler torsiyonun her ikisinde de görülen ödem ve ağrıdan dolayı bu iki durumun birbirinden ayırt edilmesi oldukça zordur. Bunun yanında skrotal ağrı skrotum duvarının inflamasyonundan da kaynaklanabilir. Bu duruma basit bir kıl folikülü ya da sebace kist enfeksiyonu neden olabileceği gibi, şiddetli ve ağır seyreden bir nekrotizan enfeksiyon olan Fournier gangreni de benzer şekilde ağrılı bir seyir izler.

Kronik skrotal ağrı genellikle hidrosel ve varikosel gibi noninflamatuvar hastalıklarda görülür ve ağrı çoğu zaman yayılmayan, künt ve ağır bir his şeklindedir.

Testisler, embryolojik köken olarak böbreklere yakın olduğu için, böbrek ya da retroperiton kaynaklı ağrılar testislerde hissedilebilir. Benzer şekilde, inguinal herniye bağlı künt bir ağrı da skrotuma yansiyabilir.

AKUT SKROTAL AĞRI

Anamnez ve Fizik Muayene

Hikayede sorgulanması gereken en önemli parametreler hastanın yaşı, ağrının tam olarak tariflenmesi ve cinsel hikayedir.

Genel olarak, testis torsiyonu neonatal dönemde ve ergenlik döneminde daha sık görülür. Testis ve appendiks torsiyonu ise geç çocukluk ve erken ergenlik dönemlerinde daha sık görülür. Son olarak epididimit insidansı artmış cinsel aktiviteye bağlı olarak adolesan sonrası dönemde daha sıktır.

Tanısal Testler

Yaştan bağımsız olarak, skrotumda ağrı ile acile başvuran her hastadan rutin olarak idrar tahlili yaptırılmalıdır. İdrar analizinde bir anormallik olması (>10 WBC ya da >10 RBC/hpf) sıklıkla epididimiti düşündürür fakat pyüri her zaman tanıyı doğrulamaz.

Testis torsiyonu tanısında kullanılacak görüntüleme yöntemleri arasında renkli Doppler ultrasonografi ve radyonüklid sintigrafi çalışmaları sayılabilir. Bununla birlikte USG operatör bağımlı olduğu için yapan kişinin deneyimi oldukça önemlidir.

AKUT, NONTRAVMATİK SKROTUMDA SIK GÖRÜLEN NEDENLER

Testiküler Torsiyon

Spermatik kord torsiyonunun ektravajinal (yenidoğanda görülür.) ve intravajinal olmak üzere iki tipi bulunmaktadır. Akut skrotumla gelen çocuklarda testiküler torsiyon insidansı %16 ila %39.5 arasında değişmekte iken, 25 yaş altı erkeklerde genel olarak 1/4000 oranında görülmektedir.

Ektravajinal ya da intravajinal testiküler torsiyonun her ikisi de spermatik kordun kendi etrafında dönmesi sonucu oluşur. Korddaki dönme sayısı ve iskemi süresi etkilenen testisin hayatta kalabilmesinde etkilidir. Hücresel düzeyde ise spermatidlerin matürasyonundan sorumlu olan Sertoli hücreleri, iskemik sürece testosteron salgılayan Leydig hücrelerinden daha duyarlıdır.

Fizik muayenede; etkilenen testis spermatik kordun kısılmasına bağlı olarak skrotumda yüksek yerleşimlidir ve aynı zamanda anormal transvers aksı olabilir. Palpasyonda genellikle transvers yerleşimli, oldukça hassas ve ağırlı, aynı zamanda venöz konjesyona bağlı olarak diğer testise göre daha büyüktür. Fizik muayenede kremaster refleksinin olmaması, testis torsiyonunda duyarlılığı en yüksek bulgudur.

Testiküler torsiyona yaklaşımda acilen üroloji konsültasyonu istenmeli ve cerrahi düşünülmelidir. Cerrahinin hemen mümkün olmadığı durumlarda mekanik olarak detorsiyone edilmesi düşünülebilir. Torsiyon daha çok mediale doğru olduğu için detorsiyone edilirken solda saat yönünde, sağda ise ters yöne çevrilmeye çalışılmalıdır.

Testiküler ya da Epididimal Appendiks Torsiyonu

7 ila 13 yaş arası, akut skrotum ile gelen erkek çocuklarda yapılan çalışmalarda appendiks torsiyonunun %24-%46 arasında görüldüğünü belirtilmiştir. Acil cerrahi müdahale

gerektirmeyen bu durum testis ya da epididimise yapışık halde bulunan embryolojik kalıntıların iskemi ve enfarktı sonucu görülmektedir.

Bu tür hastalarda ağrı, testiküler torsiyona göre daha hafiftir. Yapılan fizik muayenede skrotumda infarkt gelişmiş olan appendiks bağı “mavi nokta işareti” görülebilir. Bununla birlikte, testis yerleşim ve boyut olarak normaldir.

Epididimal ya da testiküler appendiks torsiyonuna yaklaşımda esas olan ağrının giderilmesidir. Yatak istirahati, skrotal elevasyon ve analjezikler tedavide ilk basamakta yapılması gerekenlerdir. Ağrı ve şişlik genellikle bir haftada kaybolur.

Epididimit

Epididimisin ağrı, enflamasyon ve şişliği ile seyreden akut epididimit, akut skrotum vakalarında, özellikle de genç erkeklerde testis torsiyonu ile çok sık karışır. Tedavi edilmemiş akut epididimite bağlı komplikasyonlar arasında, abse formasyonu, testiküler enfarkt, kronik ağrı ve infertilite gelişimi sayılabilir.

Epididimit genellikle enfeksiyonun üretra ya da mesaneden yayılması ile oluşur. 35 yaş altı, cinsel olarak aktif erkeklerde neden genellikle *C. Trachomatis* ya da *N. Gonorrhoeae*'dir. Gram negatif üriner patojenlere bağlı epididimit ise genellikle 35 yaş üzeri, yakın zamanda üriner enstrümantasyon uygulanmış ya da üriner sistem anomalisi olan erkeklerde görülür.

Akut epididimitin primer semptomu artan vasıfta, ağır, tek taraflı skrotal ağrıdır ve bu ağrı saatler ila günler boyu devam edebilir. Skrotum genellikle kızarıktır ve muayeneye engel olabilecek kadar ağrılı olabilir.

Epididimitin tedavisi ağrının giderilmesi ve etken patojenin ortadan kaldırılmasına yönelik olmalıdır. Kültürler alındıktan sonra ampirik antibiyotik tedavisine başlanmalıdır. 35 yaş altı erkeklerde ilk tedavi seçeneği seftriakson ve doksisisiklin ya da tetrasiklin olmalıdır. Üriner patojen düşünülen diğer hasta grubunda ise 14-21 günlük oral kinolon tedavisi ya da diğer alternatif antibakteriyel tedaviler verilebilir. Ayrıca hastaya skrotal elevasyon, yatak istirahati ve NSAID'ler de önerilmelidir.

KRONİK ORKİALJİ

Tanımlı

Kronik orkialji, aralıklı ya da sürekli olarak, tek taraflı ya da her iki tarafta olabilen, hastanın günlük yaşamsal aktivitelerini olumsuz etkileyen, hastayı medikal tedaviye zorlayan ve 3 ay ya da daha fazla süredir devam eden testiküler ağrı şeklinde tanımlanabilir

Yansıyan Ağrı

Ağrı, kaynaklandığı bölge ile birlikte, aynı sinirsel segmenti izleyerek birtakım somatik yapılara yansıyabilir. Örneğin, hemen hemen her ürolog orta üreterde bulunan bir taşın orkialjiye neden olduğuna tanıklık etmiştir. Bu durum üreterin L4 vertebra düzeyinde, genitofemoral sinire yakın seyretmesinden kaynaklanır .

Yansıyan orkialjinin en sık nedenlerinden biri, herhangi bir bulgusu ya da görüntüleme yöntemleri ile kanıtlanmamış olmasına karşın radikülittir.. Yansıyan skrotal ağrının diğer nedenleri arasında genitofemoral ve ilioinguinal sinirlerin tuzak nöropatisi sayılabilir. Inguinal ligamentin pubisin çıkıntısına bağlandığı yerde oluşan tendonit de testiküler ağrıya neden olabilir. Aynı zamanda küçük bir direk inguinal herni de genitofemoral sinirin genital dalını etkileyebilir.

Etiyoloji

Kronik orkialjiye neden olan durumlar arasında, enfeksiyon, tümör , inguinal herni, hidrosel, spermatosel, varikosel, yansıyan ağrı, travma, herniorafi ve vazektomi gibi geçirilmiş operasyonlar ve diğer skrotal işlemler yer almaktadır. Kronik orkialjisi olan hastaların yaklaşık % 25'inde belirgin bir neden bulunamaz. Kronik sırt ve bel ağrısı olan hastalarla kronik orkialjisi olanlar yapı olarak birbirlerine benzemektedirler. Bu tür hastalarda yapılan psikolojik değerlendirmelerde depresif semptom ve bulgulara sıklıkla rastlanmaktadır .

Tanı

Hastalar genellikle testislerinde sıkışma tarzında, derinden gelen ve sanki 'o bölgeye darbe aldıktan sonraki gün' hissedilen bir ağrı şeklinde, çoğunlukla bilateral ya da bir taraftan diğerine değişen, aralıklı bir ağrı tariflerler. Bazen de testisleri sanki devamlı çamaşırları arasında sıkışmış gibi bir his tariflerler ve çoğunlukla pantolon ya da çamaşır tarzının değiştirilmesi işe yaramaz. Ağrı, uzun otomobil yolculukları ya da oturma pozisyonuna bağlı olarak artabilir. Bu hastalarda yapılan fizik muayenede genellikle anlamlı bir bulguya

rastlanmaz. Anamnez ve fizik muayenede belli bir neden bulunamaması, kronik ağrı sendromu konusunda üroloğu uyarmalıdır.

Anamnez ve fizik muayenede bir sonuca ulaşılamadığı zaman genellikle skrotal ultrason yapılmaktadır. Bunun altında yatan neden ise çoğunlukla okkült bir neoplazm varlığından şüphelenilmesi ve gözden kaçırma endişesidir.

Kronik Orkialjiye Yaklaşım ve Tedavi Seçenekleri

Konservatif Yaklaşım

Konservatif yaklaşımdan kasıt öncelikle yaşam şeklinde, duruş ve çalışma koşullarında yapılacak değişikliklerdir. Bazı yazarlara göre en az 1 aylık NSAID tedavisi ve bunun yanında antibiyotik verilmelidir . Antibiyotik seçiminde kinolonlar ya da olası bir Ureoplazma ya da Klamidya enfeksiyonuna karşı tetrasiklin grubu bir antibiyotik tercih edilebilir. Depresyon ve kronik ağrı arasındaki ilişki tam olarak bilinmese de birçok hasta düşük doz antidepresan tedavisinden yarar görmektedir. Antibiyotiklere düşük dozda başlamak ve olası yan etkilerden kaçınmak için yatmadan önce alınması önemlidir. Doksepin ve Amitriptilin (25-50 mg. başlangıç dozunda), kronik ağrısı olan hastalarda diğer trisiklik antidepresanlara göre daha avantajlıdır.

Ağrı devam ettiği takdirde, sinir bloğuna yönelik olarak anestezi konsültasyonu istenebilir. Adrenalinsiz %1 lignocaine ve 1 ml. metilprednizolon karışımından 6 ml. ile spermatik kord bloğu yapılabilir. Subkutenöz bloktan uzun dönemde fayda gören hastalarda bu tedaviye devam edilebilir ancak geçici yarar sağlanması durumunda, tekrarlayan kord blokları denenebilir. Kronik skrotal ağrısı olan bazı hastalarda transkutenöz elektrik sinir uyarıcısı (TENS) fayda sağlamıştır .