

Ενδομήτρια συστροφή όρχεως: Περιγραφή περίπτωσης

Ν. Ιακωβίδου¹, Ο.Αχιλλέως², Δ. Μπριάνα¹, Κ. Νικολάου¹, Λ. Κονταρά¹, Α. Νίκα³, Α. Μαλαμίτση- Πούχνη¹

¹ Τμήμα Νεογνών, Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

² Β' Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Παιδών « Π. & Α. Κυριακού»

³ Τμήμα Νεογεννήτων, Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Π. & Α. Κυριακού»

Αλληλογραφία: Νικολέττα Ιακωβίδου

Λέκτορας Παιδιατρικής - Νεογνολογίας Β' Μ-ΓΚΠΑ, Αρεταίειο Νοσοκομείο

Β.Σοφίας 76, Αθήνα ΤΚ 11528

Τηλ.: 210-7286225, Fax: 210-7233330

Email: niciac@otenet.gr

Περίληψη

Περιγράφεται περίπτωση ενδομήτριας συστροφής όρχεως η διάγνωση της οποίας τέθηκε στην πρώτη παιδιατρική εξέταση του νεογνού αμέσως μετά την γέννηση. Το αριστερό ημιόσχεο ήταν διογκωμένο, σκληρό στην ψηλάφηση, κυανωτικό και επώδυνο. Το νεογνό χειρουργήθηκε την ίδια μέρα, η αρχική διάγνωση επιβεβαιώθηκε διεγχειρητικά και έγινε ορχεκτομή. Η μετεγχειρητική πορεία του νεογνού ήταν ομαλή και σε ηλικία 6 μηνών θα υποβληθεί σε ορχεοπηξία του υγιούς όρχεως για προστασία του από πιθανή συστροφή στο μέλλον.

Λέξεις κλειδιά: ενδομήτρια συστροφή όρχεως, νεογνό

Εισαγωγή

Η ενδομήτρια συστροφή του όρχεως στο νεογνό είναι γνωστή οντότητα. Οι περισσότερες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται στην κλινική εξέταση μετά την γέννηση, ενώ όταν υπάρχει διαγνωστικό δίλημμα ο έλεγχος με υπερηχογράφημα και έγχρωμο Doppler αποδεικνύεται πολύτιμος στην εκτίμηση του παρεγχύματος του όρχεως, των περιβαλλόντων αυτών ιστών και της αιματικής τους ροής¹. Η πλειονότητα των περιπτώσεων συμβαίνει γύρω στην 34η - 36η εβδομάδα κύησης ή και κατά τον τοκετό. Ο ακριβής μηχανισμός της ενδομήτριας συστροφής του όρχεως είναι άγνωστος. Ενοχοποιείται το μεγάλο

βάρος του εμβρύου, τραύμα στον τοκετό, δύσκολη ισχιακή προβολή ή υπερδραστήριο αντανακλαστικό του κρεμαστήρος.^{2,3} Περιγράφεται περίπτωση τελειόμηνου νεογνού, με ενδομήτρια συστροφή όρχεως που έγινε αντιληπτή στη πρώτη παιδιατρική εξέταση αμέσως μετά την γέννηση.

Περιγραφή περίπτωσης

Πρόκειται για τελειόμηνο νεογνό βάρους γέννησης 3180g, το οποίο γεννήθηκε από υγιή πρωτοτόκο μητέρα, με επείγουσα καισαρική τομή λόγω αλλοίωσης παλμών. Το αμνιακό υγρό ήταν έντονα κεχωρημένο. Το Apgar score του νεογνού ήταν 8 στο 1'

και 10' στο 5'. Παρά το κεχρωσμένο αμνιακό υγρό, το νεογνό δεν παρουσίασε σημεία αναπνευστικής δυσχέρειας. Κατά την πρώτη παιδιατρική εξέταση το αριστερό ημιόσχεο ήταν κυανωτικό, οιδηματώδες, σκληρό, και επώδυνο στην ψηλάφηση, ενώ η διαφανοσκοπήση έδειξε ότι επρόκειτο για συμπαγή μάζα. Με πιθανή διάγνωση συστροφής όρχεως μεταφέρθηκε σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών για αντιμετώπιση. Στην εισαγωγή του στην Μονάδα εκτός των ανωτέρω περιγραφέντων ευρημάτων τόσο η κατά τα λοιπά συστήματα αντικειμενική εξέταση όσο και ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Στο υπερηχογράφημα ο όρχις ήταν υπόηχος και το όσχεο οιδηματώδες ενώ υπήρχε και μικρή συλλογή υγρού. Το νεογνό οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου μετά από βουβωνική προσπέλαση έγινε ανέκφυση του όρχεως μετά των περιβλημάτων του, από το όσχεο στην περιοχή της χειρουργικής τομής. Στην επισκόπηση τα ανωτέρω ήταν κυανωτικά, επιβεβαιώθηκε η διάγνωση της έξω-ελυτροειδούς συστροφής, ο όρχις κρίθηκε μη βιώσιμος και έγινε ορχεκτομή με υψηλή απολίνωση του σπερματικού τόνου. Στην παθολογοανατομική εξέταση ο όρχις ήταν αιμορραγικής χροιάς, διαστάσεων 3cm x 1,7cm x 1,7cm μετά των εξαρτημάτων του, συνεχόμενος με τμήμα του σπερματικού τόνου μήκους 2 cm και διαμέτρου 0,5 cm. Στην ιστολογική εξέταση παρατηρήθηκε εικόνα πλήρους αιμορραγικής νέκρωσης του ορχικού παρεγχύματος και των εξαρτημάτων του ως επί συστροφής. Η μετεγχειρητική πορεία του νεογνού ήταν ομαλή και εξήλθε την 6η μετεγχειρητική μέρα με οδηγίες να επανέλθει σε 6 μήνες για καθήλωση του υγιούς όρχεως.

Συζήτηση

Η ενδομήτρια συστροφή όρχεως είναι σπάνια και υπάρχουν περίπου 150 επιβεβαιωμένες περιπτώσεις δημοσιευμένες στην διεθνή βιβλιογραφία.¹⁻⁴ Πρόκειται κυρίως για έξω-ελυτροειδή συστροφή (σε αντίθεση με την συστροφή που συμβαίνει σε μεγαλύτερες ηλικίες^{2,4} και η οποία είναι ενδο-ελυτροειδής), αφορά όλο τον σπερματικό τόνο και προκαλεί αιματική απόφραξη με αποτέλεσμα την ισχαιμική νέκρωση του οργάνου. Στο μεγαλύτερο ποσοστό είναι ετερόπλευρη.^{5,6,7}

Η κλινική εξέταση του νεογνού θέτει την υποψία όταν το όσχεο είναι οιδηματώδες και σκληρό στην ψηλάφηση, εξέρυθρο ή κυανωτικό στην επισκόπηση και ενίοτε επώδυνο.

Στο υπερηχογράφημα ο όρχις εμφανίζεται υπόηχος

με ετερογενή σύσταση. Η απεικόνιση περιφερικού ηχογενούς δακτυλίου πιθανότατα αντιπροσωπεύει οίδημα ή ίνωση του ινώδους χιτώνα του όρχεως και συνηγορεί υπέρ της έξω-ελυτροειδούς συστροφής^{9,10} του οργάνου. Το μέγεθος του όρχεως είναι συνάρτηση του πόσος χρόνος έχει παρέλθει από την συστροφή.

Εάν υπάρχει δυνατότητα έγχρωμου υπερηχογραφήματος Doppler, αυτό θα αποκαλύψει απουσία αιματικής ροής στην πάσχουσα περιοχή.¹¹

Όσον αφορά την αντιμετώπιση υπάρχει ακόμη διχογνωμία. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η ετερόπλευρη ενδομήτρια συστροφή του όρχεως είναι ένα γεγονός μη αναστρέψιμο και για αυτό χρειάζεται άμεση χειρουργική αντιμετώπιση με βουβωνική προσπέλαση με παράλληλη ορχεκτομή στον υγίό ορχι.¹² Άλλοι συνιστούν αναμονή και παρακολούθηση, επικαλούμενοι τους κινδύνους από την αναισθησία στο νεογνό αφ' ενός και το μη αναστρέψιμο της λειτουργίας του όρχεως αφ' ετέρου.^{2,4,7}

Υπέρ της ορχεκτομής είναι και τα αποτελέσματα ερευνών που υποστηρίζουν ότι ένας όρχις που έχει νεκρωθεί και παραμένει *in situ*, μπορεί να προκαλέσει βλάβη στον άλλο όρχι.¹³ Φαίνεται ότι η βλάβη που προκαλείται από την συστροφή, στον φραγμό αγγείων -όρχεως μπορεί να προκαλέσει έκκριση κυτταροκινών, που προκαλούν απόπτωση και βλάβη στο βλαστικό επιθήλιο του υγιούς όρχεως.¹³ Τέλος στην αμφοτερόπλευρη συστροφή όρχεως των νεογνών λόγω κινδύνου ανορχίας από ατροφία, συνιστάται χειρουργική διερεύνηση με προσπέλαση μέσα από το όσχεο και προσπάθεια διατήρησης των όρχεων μετά από ανάταξη αυτών, για πιθανή διάσωση των κυττάρων του Leydig που είναι πιο ανθεκτικά στην ισχαιμία.¹⁴

Η διαφορική διάγνωση του νεογνού με διογκωμένο όσχεο περιλαμβάνει εκτός της συστροφής, την υδροκήλη, την αιματοκήλη, το τεράτωμα και άλλους σπανιότερους όγκους του όρχεως.¹⁵

Σκοπός της παρουσίασης του περιστατικού αυτού είναι η υπενθύμιση της οντότητας αυτής στον παιδίατρο, που εκτελεί την πρώτη αξιολόγηση του νεογνού.

Antenatal torsion of the testis:

A case report

N. Iacovidou¹, O. Achilleos², D. Briana¹, K. Nikolaou¹, L. Kontara¹, A. Nika³, A. Malamitsi - Puchner¹

¹ Neonatal Division, 2nd Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Athens, Greece

² 2nd Department of Surgery, "P. and A. Kyriakou" Children's Hospital, Athens, Greece

³ NICU, 2nd Department of Paediatrics, University of Athens, "P. and A. Kyriakou" Children's Hospital, Greece

Correspondence: Nicoletta Iacovidou, MD
Neonatal Division, 2nd Department of
Obstetrics and Gynaecology
University of Athens, Aretaieio Hospital
76 V. Sophias Ave, Athens 11528
Tel.: +30 210.7286225, Fax: +30 210.7233330,
Email: niciac@otenet.gr

Summary

A case of antenatal torsion of the testis is described, the diagnosis of which was made at the first paediatric examination of the neonate immediately after birth. Clinical examination disclosed a swollen hard, tender mass in the left scrotum, with red-purple discoloration of the skin. The neonate underwent surgery on the same day. The testis was considered non-viable and was excised. Postoperative course was uneventful and the baby was discharged home six days later. Right orchiopexy will be performed at the age of six months.

Key words: antenatal torsion of testis, neonate

Βιβλιογραφία

1. Hubbard AE, Ayers AB, MacDonald LM, James CE. In utero torsion of the testis: antenatal and postnatal ultrasonic appearances. *Br. J. Radiol.* 1984; 57: 644-6.
2. Brandt MD, Sheldon CA, Wacksman J, Matthews P. Prenatal testicular torsion: principles of management. *J. Urol.* 1992; 147: 670-2.
3. Al-Salem AH. Intra-uterine testicular torsion; early diagnosis and treatment. *BJU Int.* 1999;83: 1023-5.
4. Van Der Sluijs JW, Den Hollander JC, Lequin MH, Nijman RM, Robben SG. Prenatal testicular torsion diagnosis and natural course. An ultrasonographic study. *Eur. Radiol.* 2004; 14: 250-5.
5. Bachor R, Frohneberg D, Heymer B, Hautmann R. Bilateral testicular torsion. *Urologe A* 1987; 26: 216-219
6. Groisman GM, Nassrallah M, Bar-Maor JA. Bilateral intrauterine testicular torsion in a newborn. *Br. J. Urol.* 1996; 78: 800-1.
7. Olguner M, Akgur FM, Aktung T, Derebek E. Bilateral asynchronous perinatal testicular torsion: a case report. *J. Pediatr. Surg.* 2000; 35: 1348-9.
8. Mouriquand P, Wilcox D. Urology in the neonatal period. Neonatal testicular torsion. In: Rennie JM, Robertson NRC, editors. *Textbook of Neonatology*. 3rd ed Edinburgh: Churchill Livingstone 1999. p.1048.
9. Κουμανίδου Χ. Γεννητικό σύστημα άρρενος. Συστροφή του όρχεος. Σε: Υπερηχογραφία σε βρέφη και παιδιά . 1993. Σελ.254.
10. Martin B, Gonte S. Ultrasonography of the acyte scrotum. *JCU* 1987 15: 37-44.
11. Cartwright PC, Snow BW, Reid BS, Shultz PK. Color Doppler ultrasound in newborn testis torsion. *Pediatr. Urol.* 1995; 45 (4):667-670.
12. Brandt MT, Sheldon CA, Wacksman J, Matthews P. Prenatal testicular torsion: Principles of management. *J Urol.* 1992, 147 (3): 670-2.
13. Hadziselimovic F, Geneto R, Emmons LR. Increase apoptosis in the controlateral testes of patients with testicular torsion as a factor for infertility. *J. Urol* 1998; 160: 1158-60.
14. Arena F, Nicotina PA, Romeo C, Zimbaro G, Arena S, Zuccarello B et al. Prenatal testicular torsion: Ultrasonographic features, management and histopathological findings. *Int. J. Urol* 2006 ; 13 : 135-41.
15. Kogan SJ: Acute and chronic scrotal swellings. In: Gillenwater JY, Grayhack JT, Howards SS, and Duckett JW (eds): *Adult and Pediatric Urology*, 2nd ed. St. Louis, Mosby Year Book 1991.