

تقييم وتدبير الحالات الحادة في الصّفن

الدكتور محمد كنعان*
الدكتور خضر رسلان**
غيث عزيز سليمان***

(تاريخ الإيداع 6 / 1 / 2010. قُبِلَ للنشر في 11 / 2 / 2010)

□ ملخص □

أجريت الدراسة في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية في قسم الجراحة بين عامي 2005 - 2009 وتضمنت 128 مريضاً من المراجعين لقسم الإسعاف أو العيادة البوليّة في المشفى خلال تلك الفترة بقصة ألم حادّ في الصّفن، وكان توزّع الحالات حسب العامل المسبّب على النحو التالي:

المجموعة الأولى: 65 مريضاً (50,7%) شخّصوا كالتهاب خصية وبربخ حادّ، وكان معدّل العمر (38,6 سنة)، معدّل الفترة الفاصلة بين بدء الأعراض ومراجعة المشفى (77,4 ساعات)، معدّل المحافظة على الخصية (98,5%).

المجموعة الثانية: 26 مريضاً (20,3%) شخّصوا كالتواء خصية وكان معدّل العمر (18,1 سنة)، معدّل الفترة الفاصلة بين بدء الأعراض ومراجعة المشفى (16,3 ساعات)، معدّل المحافظة على الخصية (80,7%)، معدّل تثبيت الخصية المقابلة (73%).

المجموعة الثالثة: 37 مريضاً (29,9%) شخّصوا كالتالي: الرّضح المغلق على الصّفن 9 حالات (7,1%)، جروح الصّفن 8 حالات (6,2%)، التهاب أغلفة الصّفن 7 حالات (5,4%)، الودمة النّحسسية بالصّفن 6 حالات (4,6%)، التواء الرّوائد الخصويّة 3 حالات (2,3%)، الأدرّة (القبيلة المائيّة) حالتان (1,5%)، الفتوق الإربيّة المختنقة حالة واحدة (0,78%)، أورام الخصية حالة واحدة (0,78%).

بالنسبة للمجموعة الثالثة تمّ استئصال الخصية عند أحد مرضى الرّضوح المغلقة، وعند أحد مرضى الجروح الصّفنيّة الناجمة عن طلق نارّي والبقية عولجوا بنجاح، أمّا بالنسبة لمرضى ورم الخصية فقد تمّ استئصال الخصية ومعالجته شعاعياً وهو لا يزال تحت المراقبة وبحالة جيّدة حتّى تاريخ طباعة هذه الدراسة.

الكلمات المفتاحيّة: التواء الخصية- التهاب الخصية والبربخ- الرّوائد الخصوية.

* أستاذ - قسم الجراحة - كلية الطبّ - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

** أستاذ مساعد - قسم الجراحة - كلية الطبّ - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

*** طالب دراسات عليا - قسم الجراحة - كلية الطبّ - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Evaluation and Management of The Acute Cases in The Scrotum

Dr. Mohammed Kanaan *

Dr. Khedr Raslan**

Ghaith Slieman***

(Received 6 / 1 / 2010. Accepted 11 / 2 / 2010)

□ ABSTRACT □

This study was carried out in the Department of Surgery at AL-ASSAD University Hospital in Lattakia during the years 2005-2009; it included 128 patients admitted to the Emergency Unit or Urologic Clinic with a history of acute scrotal pain. The patients in this study were divided into three groups: The first group included 65 patients (50.7 %) diagnosed as acute epididymo-orchitis; age average was (38.6 years); mean duration of pain on admission was (77.4 hours); testicular salvage was (98.5 %). The second group included 26 patients (20,3 %) diagnosed as torsion of the testis; average age was (18.1 years), mean duration of pain on admission was (16.3 hours); salvage rate of testicle was (80.7 %); average of fixation of the other testis was (73 %). The third group included 37 patients (29.9 %) diagnosed as blunt scrotal trauma 9 cases (7.1 %), Scrotal wounds comprised 8 cases (6.2 %), acute scrotitis 7 cases (5.4 %), allergic scrotal edema 6 cases (4.8 %), torsion of the testicular appendix 3 cases (2.3 %), hydrocele 2 cases (1.5 %), inguinal strangulated hernias 1 case (0.78 %), and testicular tumors 1 case (0.78 %). For the third group, orchiectomy was performed on one of the blunt testicular traumas, and on one of scrotal wounds caused by gun fire; all remaining cases were handled successfully. For the patient with testicular tumor, orchiectomy was performed, followed by radiotherapy.

Keywords: torsion of the testicle, epididymo-orchitis, testicular appendix.

*Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

**Associate Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

***Postgraduate Student, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

الحالات الحادة في الصفن والتي تدعى في بعض المراجع الصفن الحاد Acute scrotum تنتج عن مجموعة من التغيرات الفيزيولوجية والتشريحية المرضية تصيب الصفن والأعضاء الموجودة ضمنه بآليات مختلفة قد تكون خمجية أو رضحية أو غير ذلك، تتظاهر سريرياً بأعراض صارخة أهمها الألم الحاد Acute pain والسبب الأكثر شيوعاً هو التهابات الخصية والبربخ.

أهمية البحث وأهدافه:

تأكيد أهمية التقييم العاجل للحالات الحادة في الصفن، و وضع التشخيص الدقيق، و إجراء التداخل الجراحي الإسعافي الاستقصائي أو العلاجي عند الضرورة.

طرائق البحث ومواده:

• مادة البحث:

مجموعة من 128 مريضاً راجعوا العيادة البولية أو قسم الإسعاف في مشفى الأسد الجامعي بجامعة تشرين بين عامي 2005 – 2009 بقصة ألم حاد شديد في الصفن.

• الأجهزة والمواد المستخدمة:

- أجهزة التحاليل المخبرية اللازمة للإجراء الفحوص الدموية وفحص البول وزرع البول عند الضرورة.
- جهاز تصوير صدوي إيكو مع دوبلر ملون.
- غرفة العمليات الجراحية و علبة الأدوات الجراحية الخاصة بالفتق الإربي.

• طريقة التقييم:

تُملأ لكل مريض استمارة خاصة تتضمن اسم المريض وعمره مع قصة مرضية دقيقة ومفصلة مع نتائج الفحص السريري لحظة وصول المريض للمشفى بالإضافة إلى نتائج الفحوص المخبرية المجراة مع نتائج الاستقصاءات الشعاعية (الدوبلر الملون) ونتائج الاستشارات الاختصاصية المجراة بالإضافة إلى لخطة العلاجية المقترحة ونتائج المتابعة والفحوص الدورية اللاحقة اللازمة.

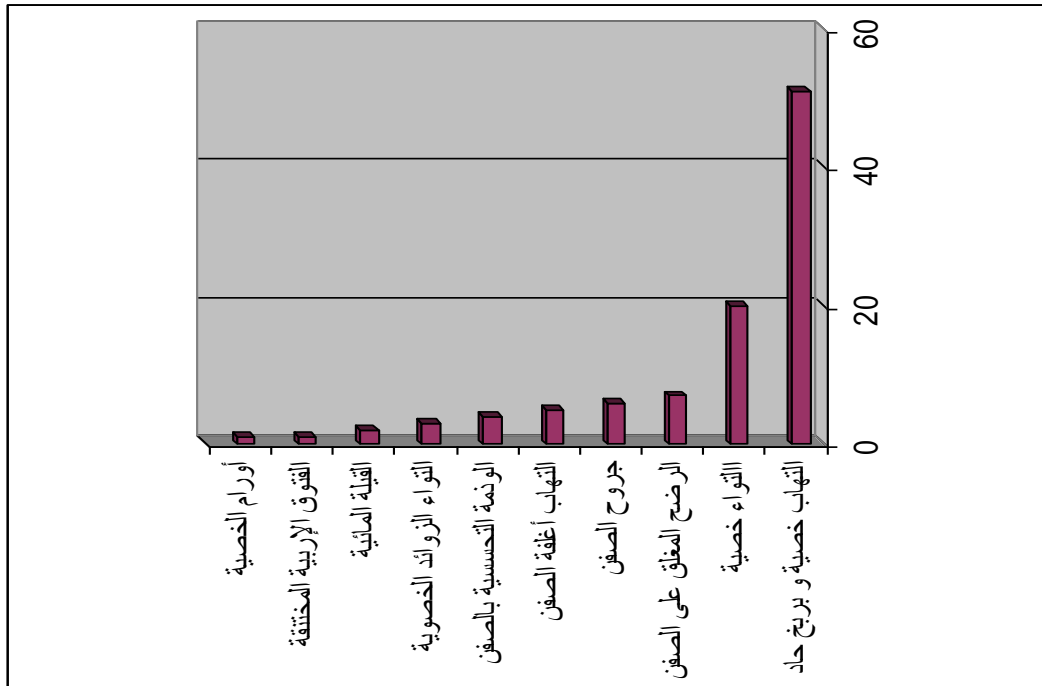
النتائج والمناقشة:

أجريت الدراسة في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية في قسم الجراحة على مدى خمس سنوات بين عامي 2005 – 2009 وتضمنت 128 مريضاً من المراجعين لقسم الإسعاف أو العيادة البولية في المشفى خلال تلك الفترة بقصة ألم حاد شديد في الصفن، وكان توزع الحالات على النحو التالي حسب العامل المسبب:

الجدول رقم (1) توزع الحالات حسب العامل المسبب

العامل المسبب	العدد	النسبة
التهاب خصية وبربخ حاد	65	50,7 %
التواء خصية	26	20,3 %
الرضح المغلق على الصّفن	9	7,1 %
جروح الصّفن	8	6,2 %
التهاب أغلفة الصّفن	7	5,4 %
الوذمة التحسسية بالصّفن	6	4,6 %
التواء الزوائد الخصوية	3	2,3 %
الأدرّة (القبيلة المائية)	2	1,5 %
الفتوق الإرابية المختنقة	1	0,78 %
أورام الخصية	1	0,78 %

وهذا موضح في المخطط التالي:



الشكل رقم (1) نسب توزع الحالات حسب العامل المسبب

❖ وفيما يلي تفصيل النتائج:

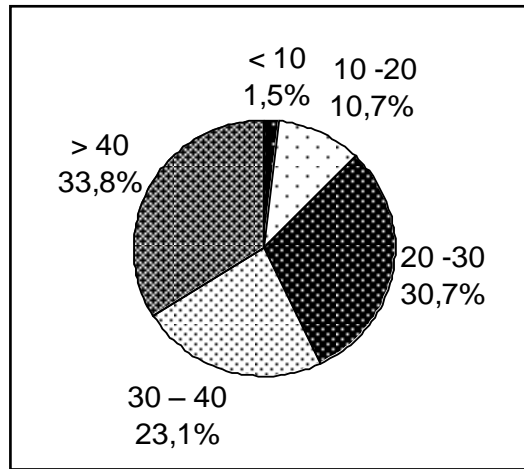
التهاب الخصية و البربخ:

راجع العيادة البولية وقسم الإسعاف 65 حالة شخّصت كالتهاب خصية وبربخ حاد بالاعتماد على القصة المرضية والفحص السريري والفحوصات المخبرية وبمساعدة الإيكو وأحياناً إيكو الدوبلر وتوزعت النتائج على الفئات العمرية كالتالي:

الجدول رقم (2) توزع حالات التهاب الخصية والبربخ على الفئات العمرية

النسبة	عدد الحالات	العمر
% 1,5	1	10 >
% 10,7	7	20- 10
% 30,7	20	30- 20
% 23,1	15	40 - 30
% 33,8	22	40 <

وهذا موضح في المخطط التالي:



الشكل رقم (2) توزع حالات التهاب الخصية والبربخ على الفئات العمرية

عدد الحالات التي شوهدت عند الشباب بين 16 - 40 سنة كانت 40 حالة في 32 منها قصة اتصال جنسي قريب أو متكرر.

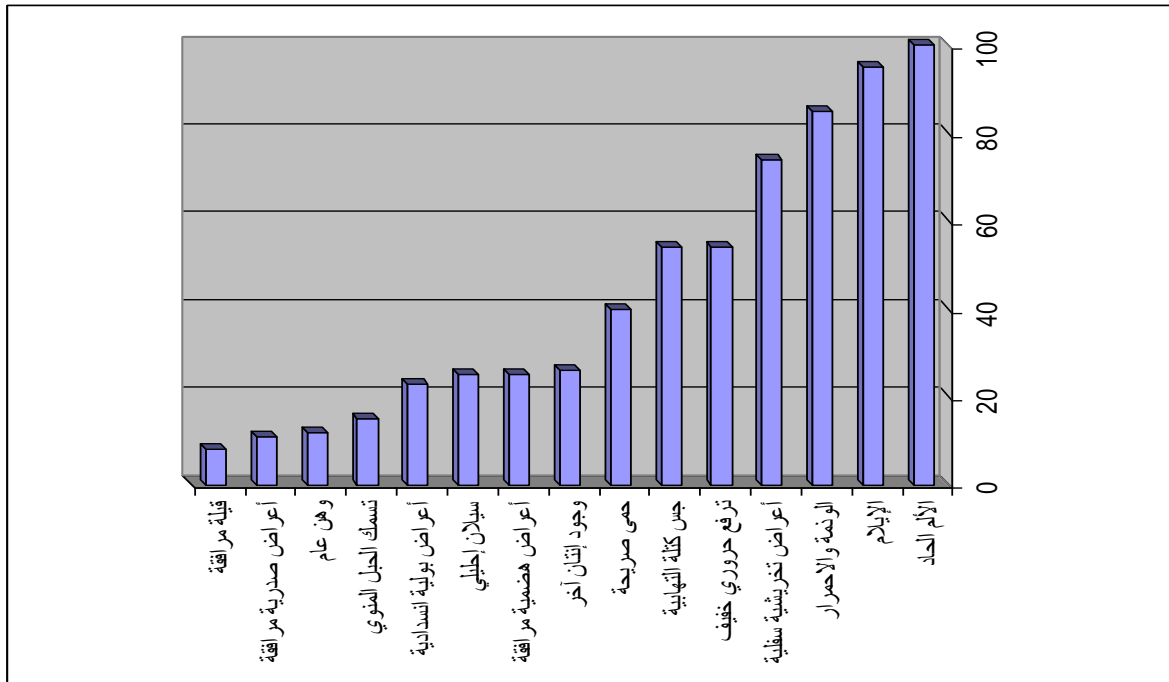
الحالات فوق سن 40 : 17 منها ترافقت بالتهاب مoothة أو التهاب مoothة مع قصة لبيبة جرثومية متكررة. في الحالة التي وجدت تحت عمر ال 10 سنوات كان هناك قصة إنتانات بولية متكررة وبعد إجراء الاستقصاءات الكاملة تبين وجود تشوهات خلقية في الجهاز البولي. أهم الموجودات السريرية مدرجة ضمن الجدول التالي:

الجدول رقم (3) أهم الموجودات السريرية المرافقة لحالات التهاب الخصية والبربخ المدروسة

النسبة	عدد الحالات	الموجودة السريرية
% 100	65	الألم الحاد
% 95	62	الإيلام
% 84,6	55	الوذمة والاحمرار
% 73,8	48	أعراض تخريشية سفلية
% 53,8	35	ترفع حروري خفيف

جس كتلة التهابية	35	53,8 %
حمى صريحة	26	40 %
وجود إنتان آخر	17	26,1 %
أعراض هضمية مرافقة	16	24,6 %
سيلان إحتليلي	16	24,6 %
أعراض بولية انسدادية	15	23 %
تسمك الحبل المنوي	10	15,3 %
وهن عام	8	12,3 %
أعراض صدرية مرافقة	7	10,7 %
قلة مرافقة	5	7,6 %

وهذا موضح في المخطط التالي:



الشكل رقم (3) توزع الأعراض والعلامات المرافقة لحالات التهاب الخصية والبربخ المدروسة

في 17 حالة (26,1 % من الحالات) كان فحص البول والراسب سلبياً وتم التشخيص بالقصة المرضية والفحص السريري وفحص الدم و إيكو الصفن.

في 48 حالة (73,8 % من الحالات) أظهر فحص الدم ارتفاعاً نموذجياً في تعداد الكريات البيضاء على حساب المعتدلات.

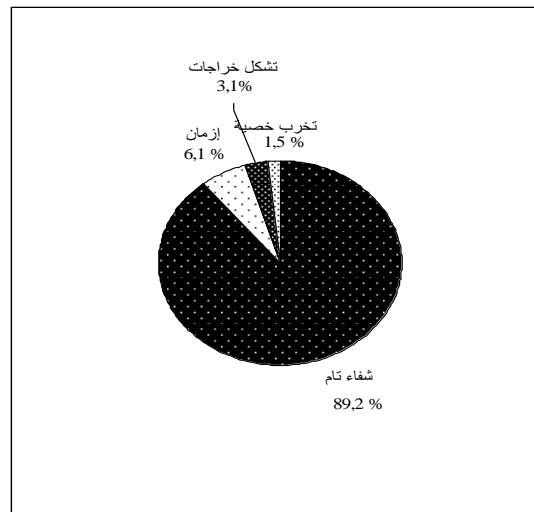
13 حالة (20 % من الحالات) تم قبولها في المشفى نظراً لشدة الخمج أو وجود داء جهازى.

في 10 حالات (15,3 % من الحالات) كان الإنتان مستمراً بفاعلية في المراجعة الأولى للمريض وهذا ما أثبت بفحص البول ونتائج الزرع والتحسس.
أظهرت المتابعات الدورية للمرضى تطور الإنتان الحاد إلى إنتان مزمن عند 4 مرضى، كما تطورت حالتان لتشكيل خراج بولي تناسلي أجري لهما تفجير جراحي وفي إحدهما تم استئصال الخصية و البربخ بسبب تخربهما التام وهذا موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (4) التطور النهائي لالتهاب الخصية والبربخ في الحالات المتابعة ال 65

النسبة	عدد الحالات	التطور النهائي
89,2 %	58	شفاء تام
6,1 %	4	إزمان
3,1 %	2	تشكل خراجات
1,5 %	1	تخرب خصية

وهذا موضح في المخطط التالي:



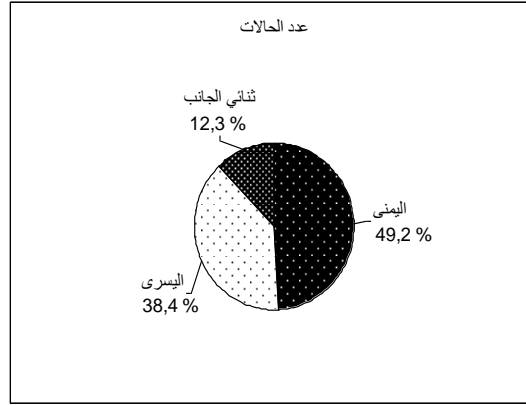
الشكل رقم (4) التطور النهائي لالتهاب الخصية والبربخ المدروسة

أما توزيع الإصابات بين الخصيتين فهو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (5) توزيع الإصابة حسب الجهة لحالات التهاب الخصية والبربخ المدروسة

النسبة	عدد الحالات	الجهة
49,2 %	32	اليمنى
38,4 %	25	اليسرى
12,3 %	8	ثنائي الجانب

وهذا ما يوضحه المخطط التالي:



الشكل رقم (5) توزع الإصابة حسب الجهة لحالات التهاب الخصية والبربخ المدروسة

التواء الخصية:

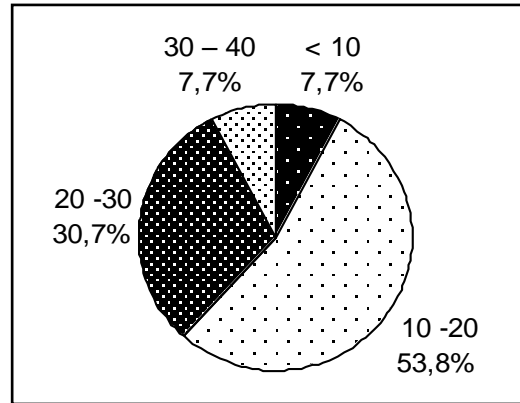
بلغ عدد الحالات المدروسة 26 حالة (بنسبة 20,3 % من الحالات) وكان متوسط العمر فيها 18,1 سنة وتوزعت النتائج على الفئات العمرية كالتالي:

الجدول رقم (6) توزع حالات التواء الخصية المدروسة على الفئات العمرية

العمر	عدد الحالات	النسبة
10 >	2	7,7 %
20- 10	14	53,8 %
30- 20	8	30,7 %
40 - 30	2	7,7 %
40 <	0	0 %

يظهر الجدول أن الالتواء أكثر حدوثاً بسن البلوغ 10 - 20 سنة وهذا ما يتطابق مع الدراسات العالمية.

والمخطط التالي يبين نسب توزع حالات التواء الخصية المدروسة على الفئات العمرية:



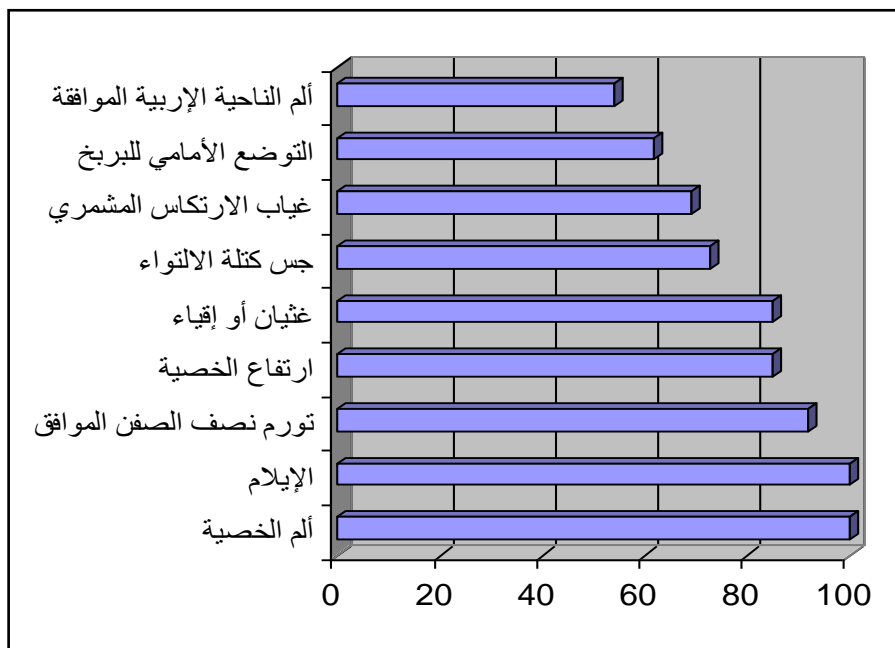
الشكل رقم (6) يبين توزع حالات التواء الخصية المدروسة على الفئات العمرية

أهم الموجودات السريرية مدرجة ضمن الجدول التالي:

الجدول رقم (7) أهم الموجودات السريرية المرافقة لحالات التواء الخصية المدروسة

الموجودة السريرية	عدد الحالات	النسبة
ألم الخصية	26	% 100
الإيلام	26	% 100
تورم نصف الصفن الموافق	24	% 92,3
ارتفاع الخصية	22	% 84,6
غثيان أو إقياء	22	% 84,6
جس كتلة الالتواء	19	% 73
غياب الارتكاس المشمري	18	% 69,2
التوضع الأمامي للبربخ	16	% 61,5
ألم الناحية الإربية المرافقة	14	% 53,8

أهم الموجودات السريرية المرافقة لالتواء الخصية موضحة في المخطط التالي:



الشكل رقم (7) أهم الموجودات السريرية المرافقة لحالات التواء الخصية المدروسة

تراوحت الفترة الفاصلة بين بدء الأعراض ومراجعة مشفانا من نصف ساعة إلى 6 أيام حيث كان لدينا 3 حالات (11,5%) كان التأخر فيها 3 أيام - 4 أيام - 6 أيام على التوالي وفي الحالات الثلاثة ذكر الأهل والمرضى مراجعتهم أكثر من طبيب أو مشفى دون وضع تشخيص دقيق للحالة مع إعطاء مسكنات أو صادات. أما الحالات التي راجعت في فترات من 6 - 24 ساعة فكانت 7 حالات (26,9%) وكان سبب التأخير إهمال المريض أو عدم انتباه الأهل أو عدم وعيهم لهذه المشكلة أو تناول المريض للمسكنات من تلقاء نفسه وهناك حالة

جديرة بالذكر عند شاب ذكر قصة أخذ حقنة بعد اشتداد الألم الخصوي تبين لاحقاً أنه مدمن مسكنات ولديه اضطراب شديد في عوامل التخثر حيث لم يجر الاستقصاء الجراحي إلا بعد نقل بلاسما طازجة.

أما الحالات الباقية 16 حالة (61,5%) فقد راجعت في فترات أقل من 6 ساعات.

18 مريضاً (69,2%) ذكروا قصة نشاط فيزيائي واضح خلال الساعات السابقة لهجمة الألم بينما مريضان (7%) ذكرا أن هجمة الألم أيقظتهما من النوم.

تم إجراء تعداد عام وصيغة لكل المرضى فكان هناك ارتفاع خفيف في الكريات البيضاء على حساب المعتدلات في 12 حالة (46,1%). كما تم إجراء فحص البول والراسب ل 19 مريض و وجد ارتفاع في الكريات الحمر عند 9 مرضى (47,3%). كما تم إجراء إيكو الدوبلر عند 24 مريض (92,3%) وقد بين انعدام التروية أو نقصاناً واضحاً فيها مقارنة بالجهة المقابلة في 22 مريض (91,6%). بينما في حالتين اثنتين لم يظهر الدوبلر اختلافاً في التروية بين الخصيتين وتم الفتح بناء على الاشتباه السريري الكبير و قد تم استئصال الخصية في إحدى هاتين الحالتين بسبب تموتها.

12 مريضاً (50%) من المرضى الأكبر من 10 سنوات ذكروا قصة تكرر نوب ألمية مشابهة لكن أخف شدةً و أقل مدةً تراجعت عفويّاً.

تم إجراء الفتح الجراحي لكل الحالات وذلك إما بمدخل إربي أو إربي سفلي - صفني علوي وقد وجد الالتواء بدرجات مختلفة 270 - 360... أو أكثر وقد تمت المحافظة على الخصية في 21 حالة (80,7%) وتم استئصال الخصية في 5 حالات (19,3%) كما تم إجراء تثبيت للخصية المقابلة في 19 حالة (73%).

وقد وجدت لدينا حالة لمريض كان لديه تخلف عقلي مع تأخر بلوغ وكان قد أجري له استئصال خصية غير نازلة قبل شهر ونصف خارج مشفانا حيث لم يجر تثبيت الخصية الأخرى حينها.

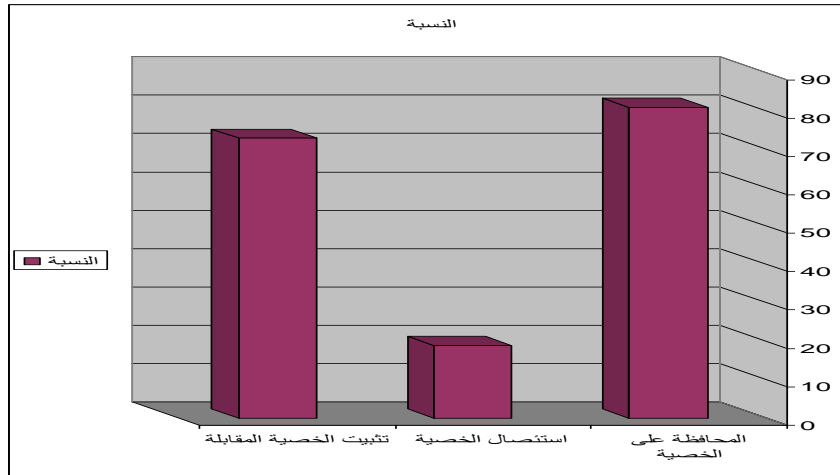
لم تلاحظ أي حالة ضمور لاحق في أي من الخصى المعالجة جراحياً كما ظهر في زيارات المتابعة الدورية.

نتائج الجراحة موضحة بالجدول التالي:

الجدول رقم (8) نتائج التداخل الجراحي على حالات التواء الخصية المدروسة

النسبة	العدد	العمل الجراحي
80,7%	21	المحافظة على الخصية
19,3%	5	استئصال الخصية
73%	19	تثبيت الخصية المقابلة

وهذا موضح في المخطط التالي:



الشكل رقم (8) نتائج التداخل الجراحي على حالات التواء الخصية المدروسة

بالنسبة للحالات الخمسة التي تم فيها استئصال الخصية وكان ذلك بسبب التأخر في التداخل الجراحي ثلاث حالات منها (60%) كان التأخير بسبب التأخر في التشخيص. أما في الحالتين الباقيتين (40%) فقد كان التأخير بسبب المريض.

جدول يبين توزع الإصابة بين الخصيتين :

الجدول رقم (9) توزع حدوث الالتواء بين الخصيتين

الخصية اليسرى	الخصية اليمنى	عدد الحالات
14	12	
53,8%	46,2%	النسبة المئوية

أي أنه لدينا رجحان خفيف لالتواء الخصية اليسرى.

رضوح الصفن المغلقة:

راجع قسم الإسعاف 9 حالات رضح مغلوق على الصفن صنفقت حسب السبب كما يلي:

الجدول رقم(10) أسباب الرضح مغلوق على الصفن في الحالات المدروسة

النسبة	عدد الحالات	السبب
66,6%	6	ضربة مباشرة على الصفن (مثل الركول)
22,2%	2	سقوط
11,1%	1	حادث سير

تراوحت شدة الأذية بين الودمة والازرقاق إلى التكدم الشديد وتشكيل ورم دموي صريح. في 7 حالات تمت الاستعانة بإيكو الصفن الذي أظهر تمزقاً خصوصاً في حالتين علماً أن أشد الحالات المدروسة والتي انتهت باستئصال الخصية المتهتكة كانت قد حدثت نتيجة ركلة غير قوية وغير مقصودة بكعب القدم أثناء مباراة بكرة القدم.

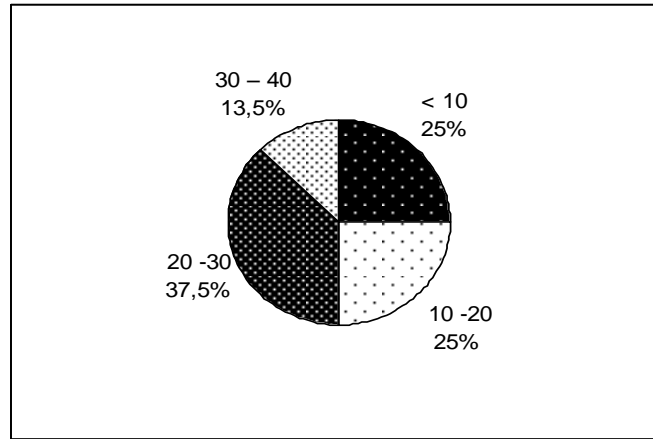
الجروح الصفنية:

راجع قسم الإسعاف 8 مرضى بجروح صفنية مختلفة الشدة و توزعت الإصابات على الفئات العمرية كالتالي:

الجدول رقم (11) توزع حالات جروح الصّفن المدروسة على الفئات العمرية

النسبة	عدد الحالات	العمر
% 25	2	10 >
% 25	2	20- 10
% 37,5	3	30- 20
% 12,5	1	40 - 30
% 0	0	40 <

وهذا موضح في المخطط التالي:



الشكل رقم (9) توزع حالات جروح الصّفن المدروسة على الفئات العمرية

بينما كان التوزيع السببي كالتالي:

الجدول رقم (12) التوزيع السببي لحالات جروح الصّفن المدروسة

النسبة	العدد	السبب
% 25	2	السقوط
% 25	2	حوادث السير
% 25	2	العبارات النارية
% 12,5	1	الآلات الحادة
% 12,5	1	الشريك الجنسي

نلاحظ أن الآلات الحادة ليست السبب الأكثر شيوعاً للجروح الصفنية في دراستنا علماً أنها السبب الأكثر شيوعاً في الدراسات العالمية.

في إحدى الحالتين المسببتين بعيارات نارية كانت الأذية الخصوية شديدة وقد تم استئصالها. تمت خياطة كل الجروح بخيوط قابلة للامتصاص مع تغطية بالصادات الحيوية ومسكنات لخمسة أيام على الأقل

التهاب أغلفة الصفن:

راجع قسم الإسعاف والعيادة البولية خلال فترة دراستنا 7 مرضى شخصت لديهم التهابات بأغلفة الصفن وتوزعوا على الفئات العمرية كالتالي:

الجدول رقم (13) توزع حالات التهاب أغلفة الصفن على الفئات العمرية

العمر	عدد الحالات	النسبة
10 >	1	% 14,2
20- 10	2	% 28,5
30- 20	2	% 28,5
40 - 30	1	% 14,2
40 <	1	% 14,2

بمساعدة أطباء الجلدية شخصت الحالات المشاهدة حسب النوع كما يلي:

الجدول رقم (14) توزع حالات التهاب أغلفة الصفن حسب النوع

نوع الإصابة	عدد الحالات	النسبة
جرثومية	6	% 85,7
فطرية	1	% 14,1

الإصابات الجرثومية الستة توزعت بين التهاب الجريبات البطني وداء الدمامل وقوباء الجلد. جميع الحالات عولجت بالتغطية المناسبة بالمضادات الحيوية بالطريق العام مع التطهير الموضعي للصفن وجميعها تراجعت نهائياً دون عقابيل كما أظهرت زيارات المتابعة للمرضى.

الإصابة الفطرية شخصت على أنها إصابة بالمبيضات البيض عند مريض سكري بالاعتماد على القصة المرضية والمظهر السريري ولم تكن معزولة بالصفن وقد كانت استجابتها جيدة للعلاج بالطريقين العام والموضعي.

الوذمة الصفنية التحسسية:

راجع قسم الإسعاف والعيادة البولية 6 حالات صفن حاد مع مظاهر تحسسية صريحة ووذمة بالصفن كان التوزع على الفئات العمرية كالتالي:

الجدول رقم (15) توزع حالات الوذمة الصفنية التحسسية المدروسة على الفئات العمرية

العمر	عدد الحالات	النسبة
-------	-------------	--------

% 33,3	2	10 >
% 33,3	2	20- 10
% 33,3	2	30- 20
% 0	0	40 - 30
% 0	0	40 <

وكان التوزع السببي اعتماداً على القصة المرضية كما يلي:

الجدول رقم (16) التوزع السببي لحالات الوذمة الصفنية التحسسية المدروسة

النسبة	عدد الحالات	السبب
% 33,3	2	دوائي
% 33,3	2	لدغة حشرة
% 16,6	1	غذائي
% 16,6	1	مجهول السبب

حالتا التحسس الدوائي نجمت إحداهما عن السلفا والثانية عن مضاد حيوي من زمرة السيفالوسبورينات. الحالتان المنسوبتان للدغ الحشرات حصلتا في الصيف في الريف والمريضان (طفل ومراهق) كانا يرتديان ملابس صيفية قصيرة.

الحالة المشخصة على أنها تحسس غذائي راجع فيها المريض قسم الإسعاف بعد فترة من تناول السمك. في حالتين كان التحسس محصوراً بالمنطقة التناسلية بينما في الحالات الأربعة الباقية كان واسعاً وشمل أكثر من منطقة من الجسم.

عولجت كل الحالات بالحقن العضلي لمضادات الهيستامين وحالتان تطلبتا إعطاء الكورتيكوزون .

التواء الزوائد الخصوية:

3 مرضى راجعوا قسم الإسعاف خلال فترة الدراسة بقصة ألم حاد في الصفن وشخص لديهم التواء بالزوائد الخصوية جميع المرضى حدث لديهم ألم حاد متوسط إلى شديد مع توذم نصف الصفن الموافق، عموماً الأعراض كانت أخف نسبياً من أعراض مرضى التواء الخصية.

تمت ملاحظة البقعة الزرقاء عند مريضين من المرضى الثلاثة.

أثبت التشخيص عند مريضين من المرضى الثلاثة بالفتح الجراحي، بينما في المريض الثالث فقد لوحظت تروية جيدة بالدوبلر وعولج بشكل محافظ.

الأدرة (القبيلة المائية):

راجع قسم الإسعاف مريضان (26 و 37 سنة) خلال فترة الدراسة بشكاية صفن حاد مع وجود أدرة مشخصة من قبل، بالفحص وجدت القبيلة متوترة ومؤلمة بالجس. لم يذكر المريض قصة رض حديث أو قديم، كل الفحوص المخبرية كانت سلبية لكن المريضين ذكرا قصة جهد فيزيائي شديد.

موجودات الإيكو : قبيلة مائية متجانسة الصدى.

سريرياً: ألم و وذمة.

عولج المريضان بمسكنات الألم و مضادات الوذمة لعدة أيام وأعطوا مواعيد لمراجعة العيادة البولية لإجراء العمل الجراحي اللازم.

الفتوق الإربية المختنقة:

تم استدعاء أطباء الجراحة البولية في حالة صفن حاد وحيدة ناجمة عن فتق إربي مختنق، اعتمد التشخيص على القصة المرضية والفحص السريري وإيكو الصفن وموجودات الصورة البسيطة للبطن بوضعية الوقوف وبعدها تم إجراء العمل الجراحي الإسعافي المناسب من قبل أطباء الجراحة العامة.

أورام الخصية:

راجع قسم الإسعاف مريض واحد 29 عاماً بحالة حادة في الصفن تبين أنها ناجمة عن ورم خصوي بالقصة ذكر المريض تكرار نوب ألمية خفيفة إلى متوسطة الشدة في الصفن، تقاوم الألم فجأة مما اضطره لمراجعة قسم الإسعاف.

أظهر الفحص السريري كتلة صريحة على حساب الخصية.

الفحوص الدموية وفحص البول كلها كانت ضمن الحدود الطبيعية.

أعطي المريض مسكنات الألم ومضادات الوذمة وتم قبوله في قسم الجراحة حيث تم إجراء المسح اللازم لتقييم درجة ومرحلة الورم وقد أظهرت الدراسات الشعاعية و التشريح المرضي ورماً منوياً بمرحلته الأولى.

استكمل المريض علاجه في دمشق ولا زال يراجع العيادة البولية في مشفانا دورياً وهو بحالة جيدة حتى تاريخ طباعة هذه الدراسة.

المقارنة مع الدراسات الأخرى:

في دراسة مشابهة لدراستنا أجريت في مشفى الجهراء في الكويت بين عامي 1985 - 1995 شملت 120 مريضاً : كانت نسبة التواء الخصية 17 % (21 مريضاً) تم إجراء الرد الجراحي مع المحافظة على الخصية في 90 % من الحالات تم استئصال الخصية المقابلة عند مريضين اثنين بسبب تأخر التشخيص ليومين ول 4 أيام على الترتيب كما تم إجراء تثبيت الخصية المقابلة في كل الحالات [12] .

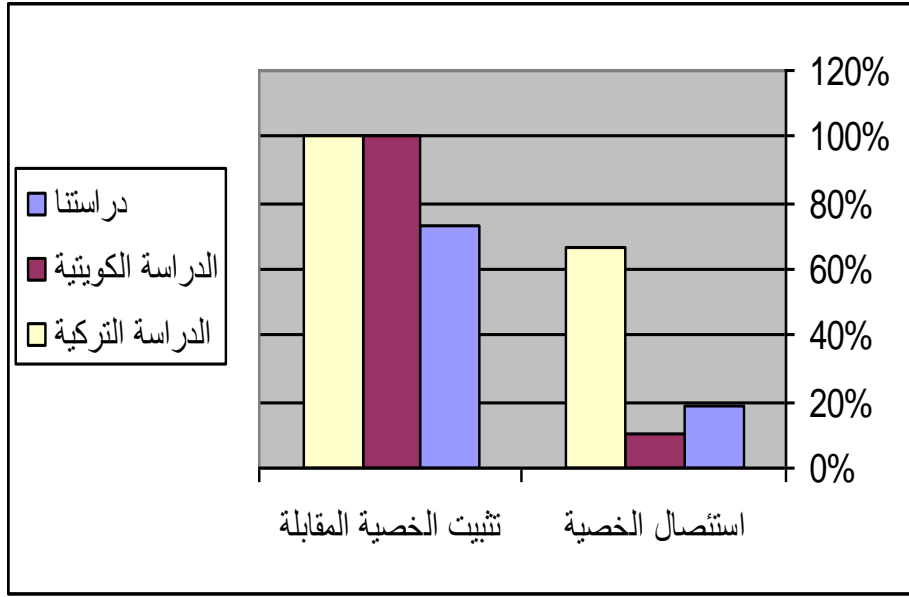
في دراسة أخرى أجريت في مشفى ألتينداج للأطفال في أنقرة - تركيا بين عامي 1983 - 2003 شملت 195 صبياً أجري لديهم فتح صفن استقصائي بعد مراجعة قسم الإسعاف بقصة ألم حاد في الصفن كانت نسبة التواء الخصية 29,2 % (57) مريضاً تمت المحافظة على الخصية عند 37 % منهم فقط بسبب التأخر في التشخيص وقد تم تثبيت الخصية المقابلة في كل الحالات [3] .

نتائج الدراسات الثلاث مدرجة ضمن الجدول التالي:

الجدول رقم (17) مقارنة نتائج دراستنا مع دراسات عالمية مشابهة

الدراسة	استئصال الخصية	تثبيت الخصية المقابلة
دراستنا	19,3 %	73 %
الدراسة الكويتية	10 %	100 %
الدراسة التركية	67 %	100 %

وهذا موضح في المخطط التالي:



الشكل رقم (10) نتائج الجراحة في الدراسات الثلاث

الاستنتاجات والتوصيات:

- ❖ اعتبار كل حالة حادة في الصّفن مبهمة التشخيص التواء خصية مبدئياً حتى يثبت العكس خصوصاً عند اليافعين، وعدم التأخر في إجراء التداخل الجراحي (فتح استقصائي) عند الشك بالتشخيص مع التأكيد على إجراء التداخل الجراحي الإسعافي الباكر لكل الحالات المشخصة كالتواء خصية _ خلال أقل من 6 ساعات من حدوث الالتواء _ للمحافظة على الخصية دون عقابيل أو مضاعفات.
- ❖ عدم التأخر في إجراء التداخل الجراحي في كل حالات التمزق الخصوي المشخصة بالإيكو أو الفحص السريري.
- ❖ ضرورة الاستعانة بإيكو دوبلر ملون في قسم الإسعاف لأهميته البالغة في حسم الحالات الملتبسة عند إجرائه بيد خبيرة.
- ❖ يجب إجراء تثبيت للخصية المقابلة في مرضى التواء الخصية.
- ❖ توعية الأطباء غير الأخصائيين إلى ضرورة الحذر في التعامل مع الحالات الحادة في الصّفن المشكوك بها و إحالتها إلى جراح البولية.
- ❖ ضرورة التقيد بالفحص السريري الدقيق والقصة المرضية المفصلة لأهميتهما الكبيرة في توجيه التشخيص، مع التقيد بالتوصيف الدقيق لكل الحالات الإسعافية مع كتابة التشخيص بشكل مفصل في سجلات الإسعاف.
- ❖ التأكيد على ضرورة مراجعة طبيب الجراحة البولية مباشرة بعد حدوث أي ألم في الصّفن وعدم الانتظار أو الإهمال الذي قد يضيع فرصة المحافظة على الخصية أو قد يؤدي إلى خطورة على الحياة (أورام الخصية لديها فرصة ذهبية للشفاء إن تم التشخيص والمعالجة باكراً في مراحلها الأولى).
- ❖ أهمية التثقيف الجنسي للشباب.
- ❖ ضرورة متابعة المرضى والتأكيد على المراجعة الطبية المنكرة و توعية المواطنين إلى أهمية ذلك.

المراجع:

1. ALAN, J. W.; KAVOUSSI, L. R. *Abnormalities of the Testes and Scrotum and Their Surgical Management – acute scrotum, Champbell-Walsh UROLOGY.* 9th ed, Saunders Elsevier, USA, 2007, 3789 -3795.
2. BLAIVAS, M.; SIERZENSKI, P.; LAMBERT, M. *Emergency evaluation of patients presenting with acute scrotum using bedside ultrasonography.* Acad Emerg Med. Jan 8,1, 2001, 90-93.
3. CAVUSOGLU, Y.H.; KARAMAN, A.; KARAMAN, I.; ERDOGAN, D.; ASIAN, M. K. *Acute scrotum : Etiology and management.* Indian journal of pediatrics, Vol 72, N°. 3, 2005, 201 – 203.
4. GLENN, J. F.; GRAHAM, S. D. *Glenn's urologic surgery.* 6th ed, Lippincott Williams & Wilkins, USA, 2004, 489 – 533.
5. HASHIM, H.; REONARD, J.; COWAN, N. C. *Urologic emergencies in clinical practice,* 5th ed, Springer, UK, 51 – 53, 113 – 115, 2005,125 – 132.
6. HOHENFELLNER, M.; SANTUCCI, R. A. *Emergencies In Urology.* 5th ed, Springer, Germany, 2007, 89 – 97, 132 – 141.
7. NOVICK, A. c.; JONES, S. J. *Adult scrotal surgery – Operative urology at the Cleveland clinic,* 10th ed. Humana Press, USA, 2006, 509 – 543.
8. RESNICK, M. I.; NOVICK, A. C. *Urology Secrets,* 3^{ed} ed, Hanley & Belfos, IND, USA. 2003, 31 – 34, 267 – 272, 295 – 298.
9. ROSENSTIN, D.; McANINCH, J. W. *Acute scrotum, Urologic emergencies.* Med Clin, North Am. Mar 88,2, 2004, 495-518.
10. SCHALAMON, J.; AINOEDHOFER, H.; SCHLEEF, J.; SINGER, G. HAXHIJA, E. Q.; HOLLWARTH, M. E. *Management of acute scrotum in children--the impact of Doppler ultrasound.* J Pediatr Surg. 41,8, 2006,1377.
11. TANAGHO, E. MCANINCH, W. *Smith s General Urology.* 15Th ed, Mc GRAWHILL Companies, USA. 2000, 868.
12. VINOD, K.; GROVER, K.; SALIM, M. A.; LEONS, J.; ALI, M.; ALI, N. *The Etiology of Acute Scrotal Swelling on Surgical Exploration among Children and Adolescent in Jahra. International journal of the Kuwait university health sciences centre.* Vol. 7, N°. 3, 7, 1998, 192 – 197 .