

بررسی مورد پیچ خوردگی بیضه: جنبه‌های درمانی و قانونی

دکتر اسماعیل فخاریان*، دکتر مسعود بنایی**، دکتر زهرا میدانی***

گزارش شرح حال مورد پیچ خوردگی بیضه

راست مراجعه نموده است. در سونوگرافی اپیدیدیم راست هتروژن و فاقد جریان خون، و بیضه متورم و هتروژن که با تغییر محور، وجود نواحی هایپواکو متعدد و فاقد جریان خون عروقی واضح همراه بود. قسمت انتهائی طناب اسپرماتیک شدیداً هتروژن و با نمای Twisted مطرح کننده چرخش بیضه راست گزارش شده است. بیمار به طور اورژانسی تحت عمل قرار گرفته و پس از بررسی ارکیکتومی و اورکوپکسی سمت چپ انجام شده است. پس از بهبود نسبی، خانواده بیمار شکایتی را مبنی بر قصور تیم پزشکی در تشخیص و درمان به بیمارستان ارایه کردند. سرویس جراحی اعلام داشته‌اند که در هنگام بستری اولیه نه تنها شواهدی دال بر چرخش بیضه وجود نداشته بلکه علایم آپاندیسیت به اندازه‌ای حاد بود که اقدام جراحی ضروری بوده است.

بحث

پیچ خوردگی بیضه (TT: Testicular Torsion) یکی از موارد اورژانس اورولوژی است که به علت چرخش بیضه حول محور Spermatic Cord رخ داده و منجر به اختلال جریان

پسر 18 ساله با درد ناحیه پهلو (Flank) از صبح روز بستری به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده است. درد انتشار نداشته و با تهوع و استفراغ همراه بوده است. بیمار تب نداشته و از وجود خون در ادرار شاکی است. از زمان شروع درد دفع نداشته است. سابقه سنگ کلیه در پدر را ذکر می‌کند. در معاینه فشار 110/80 و نبض 86 و SPO2 بدون ماسک 96% گزارش شده است. در شکم تندرینس، نفخ، رژیڈیتی و گاردینگ نداشته، اما تندرینس در ناحیه پاراسپاینال راست رویت شد. در سونوگرافی شکم تغییرات التهابی به صورت افزایش مختصر اکوژنیسیته چربی در ناحیه RLQ و تصویر لوپ آپاندیس تا دیامتر 6 میلی‌متر رویت و تطابق با علائم بالینی و آزمایشگاهی توصیه شد. بیمار در همان روز با تشخیص آپاندیسیت حاد تحت عمل جراحی آپاندکتومی قرار گرفت. در سیر پس از عمل در گزارش پرستاری یک مورد درجه حرارت 37/6 گزارش شده است که چند ساعت پس از عمل بوده و با پاشویه رفع شده است. پس از آن بدون درد و تب از بیمارستان مرخص شده است. سه روز پس از ترخیص بیمار با درد، تورم و اریتم بیضه

* نویسندهٔ پاسخگو: دکتر اسماعیل فخاریان

تلفن: 031-55443500

E-mail: Fakharian_e@kaums.ac.ir

* استاد گروه جراحی مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، بیمارستان شهید دکتر بهشتی

** استادیار، متخصص کلیه و مجاری ادراری، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، بیمارستان شهید دکتر بهشتی

*** استاد مدیریت اطلاعات سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

شوئن لاین HSP و آپاندیسیت حاد را باید در نظر داشت.³ لذا مدیریت این ریسک به طرز قابل توجهی با مدیریت بالینی بیمار قبل از جراحی در فازهای تریاژ، گرفتن شرح حال و معاینه فیزیکی مناسب، بررسی‌های پاراکلینیکی و مشاوره تخصصی در بخش اورژانس در ارتباط خواهد بود.⁵

توصیه‌های کلیدی

- در این زمینه همانگونه که اشاره شد مشاهدات اولیه، شرح حال و معاینات بالینی اهمیت بسیار زیادی دارند. توصیه شده است، مثلاً در صورت گزارش محل درد توسط بیمار، بررسی محل درد از بعد شدت، ویژگی‌های ظاهری و سایر موارد در معاینه فیزیکی پزشک معالج در پرونده پزشکی بیمار کاملاً منعکس شود.⁶
- به عنوان مثال در خطای تشخیص TT با بیماری آپاندیسیت شاید بهتر باشد، پزشکان به معاینات دقیق ناحیه اندام تناسلی در فرم شرح حال و معاینه فیزیکی و حتی به یافته‌های منفی اشاره و تأکید کنند.
- همچنین ارزیابی تخفیف وضعیت شکایت اصلی بیمار بعد از درمان و روند تغییرات در یافته‌ها می‌تواند در این زمینه کمک کننده باشد.
- نکته بسیار مهم دیگر این است که علاوه بر تأکید به پیگیری مشکل اولیه، درباره علائم عینی هشدار دهنده و نحوه رجوع به مرکز درمانی توضیحات لازم به بیمار ارائه شده و در پرونده پزشکی نیز ثبت شود.
- نکته بسیار حائز اهمیت دیگر مستندسازی مناسب یافته‌ها در پرونده پزشکی بیمار است که در صورت وجود ابهامات و طرح دعاوی قصورات پزشکی به عنوان راهکاری ارزشمند در حمایت از عملکرد علمی و مسئولانه تیم پزشکی محسوب می‌شود.

نتیجه‌گیری

شبهه در عملکرد پزشک و طرح ادعای خطای تشخیصی و درمانی از مشکلات تمام تخصص‌های پزشکی است. اما این مشکل در برخی موارد از جمله چرخش بیضه که منجر به بروز پیامد نامطلوب غیر قابل جبران ناباروری می‌شود به رغم عدم شیوع زیاد، جدی‌تر است.

خونرسانی به بیضه و ایسکمی و نکروز آن می‌شود.²⁻¹ از آنجا که زمان منجر به ایجاد ایسکمی پس از چرخش بین 4 تا 8 ساعت است، تشخیص زودهنگام و درمان این وضعیت برای حفظ بقای بیضه و باروری حیاتی است. اما تأخیر در تشخیص پیچ خوردگی و جراحی منجر به از دست دادن بیضه در 31 تا 42 درصد موارد خواهد بود. بنابراین، هرگونه تأخیر و نقص در مرحله تشخیص و درمان این وضعیت نه تنها مشکلات بالینی بلکه مشکلات قانونی را در پی دارد.³ TT بیماری با بروز کم اما با ریسک بالا برای دعاوی پزشکی قانونی است که تشخیص اشتباه (Misdiagnosis) 70 درصد این دعاوی را به خود اختصاص می‌دهد.⁴ علامت کلیدی در تشخیص شامل سن، شروع درد ناگهانی و یک طرفه در ناحیه بیضه در مدت کمتر از 24 ساعت، به همراه یک یا چند مورد تهوع، استفراغ، تورم، قرمزی و دردناک بودن بیضه، بالا قرار گرفتن بیضه (Brunzel Sign) و تو کشیدگی پوست بیضه (Ger's Sign) است. گاه ممکن است درد بیش از 24 ساعت طول کشیده و یا عود کننده (Intermittent) باشد. در اغلب گزارشات درد و تورم در ناحیه بیضه و دردناکی آن از یافته‌های اصلی است.² تصمیم‌گیری بالینی بر اساس [Testicular Workup for Ischemia and Suspected Torsion (TWIST)] است که با پنج معیار شرح حال و معاینه به شرح زیر است: تورم بیضه (2 امتیاز)، سفتی در بیضه (2 امتیاز)، عدم وجود رفلکس کرماستر (Cremasteric Reflex) (1 امتیاز)، تهوع / استفراغ (1 امتیاز) و بالا قرار گرفتن بیضه (1 امتیاز). امتیاز بین 0-2 در 100% موارد با چرخش همراه نیست. امتیاز 3-4 ریسک متوسط داشته و نیاز به سونوگرافی و مشاوره اورولوژی دارد. امتیاز 5 و بیشتر دارای خطر زیاد بوده و در 100% موارد چرخش بیضه وجود دارد. لذا نیاز به سونوگرافی نیست بلکه باید به صورت اورژانس به سرویس اورولوژی ارجاع شده و تحت درمان جراحی قرار گیرند. با توجه به ارزش تشخیصی بالای TWIST Score استفاده از آن در اورژانس‌ها و توسط غیرمتخصصین اورولوژی نیز توصیه شده است.² اگر چه مهمترین موارد تشخیص افتراقی این عارضه چرخش ضمام بیضه و اپیدیدیموارکت (Epididymo-Orchitis) است، اما سایر موارد مثل هرنی غیر افتاده، تومور پانکراس، هموپریتونئوم، عفونت ادراری، هیدورسل، رنال کولیک، گاستروانتریت، پورپورای هونخ

می‌تواند برای بیمار و خانواده او شبهه غفلت تیم پزشکی را مطرح کند. لذا توجه به علائم بالینی و ثبت دقیق آنها در پرونده پزشکی بیمار و همچنین ارائه دستورات پزشکی مناسب در طول مدت بستری و هنگام ترخیص بیمار می‌تواند به کاهش این شبهات در بیماران و بروز مسایل قانونی کمک کند.

بر اساس مطالعات، چرخش بیضه علی‌رغم شیوع پائین چهارمین خطای تشخیصی است که وجود علائم غیر اختصاصی در این بیماری شانس بروز خطا و پیامدهای نامطلوب آن را افزایش می‌دهد. توجه به این نکته ضروری است که بیماری یک فرآیند دینامیک است و بیماری‌های مختلف می‌توانند علائم بالینی مشابهی را بروز دهند، اما همین امر علاوه بر ایجاد پیچیدگی فرایند تشخیص و درمان

References:

1. Lacy A, Smith A, Koyfman A, Long B. High Risk and Low Prevalence Diseases: Testicular Torsion. *The American Journal of Emergency Medicine*, 2023; 66: 98-104. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2023.01.031>
2. Laher A, Ragavan S, Mehta P, Adam A. Testicular Torsion in the Emergency Room: A Review of Detection and Management Strategies. *Open Access Emerg Med*. 2020 Oct 12; 12: 237-246. doi: 10.2147/OAEM.S236767. PMID: 33116959; PMCID: PMC7567548.
3. Taşçı AI, Danacıoğlu YO, Çolakoğlu Y, Arıkan Y, Yalçınkaya N, Büyük Y. Testicular torsion in the medicolegal perspective: Why is the diagnosis missing? *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2021 Mar; 27(2): 207-213. English. doi: 10.14744/tjtes.2020.68339. PMID: 33630295.
4. Colaco M, Heavner M, Sunaryo P, Terlecki R. Malpractice Litigation and Testicular Torsion: A Legal Database Review. *J Emerg Med*. 2015 Dec; 49(6): 849-54. doi: 10.1016/j.jemermed.2015.06.052. Epub 2015 Sep 26. PMID: 26409673.
5. Aquila I, Abenavoli L, Sacco MA, Ricci P. The limits of diagnosis of testicular torsion in the child: Medicolegal implications in clinical practice. *Clin Case Rep*. 2021 Dec 9; 9(12): e05180.
6. Lyons JM 3rd, Martinez JA, O'Leary JP. Medical malpractice matters: medical record M & Ms. *J Surg Educ*. 2009 Mar-Apr; 66(2): 113-7. doi: 10.1016/j.jsurg.2008 April 12.002. PMID: 19486876.