

## Gebeliğin 3. Trimesterinde Over Torsiyonu: Vaka Takdimi

### *Ovarian Torsion in 3. Trimester of Pregnancy: Case Report*

Ömer Hamid YUMŞAK<sup>1</sup>, Ebru ÜNLÜ<sup>2</sup>, Bekir Serdar ÜNLÜ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>TC Sağlık Bakanlığı Yenimahalle Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara

Geliş Tarihi / Received: 13.09.2011

Kabul Tarihi / Accepted: 17.10.2011

#### ÖZET

Otuz altı yaşında, gebeliğinin 35. haftasında olan bir hasta merkezimize ciddi sağ alt kadranda ağrısı ile başvurdu. Torsiyone 12 cm sağ over kisti tanısı koyuldu. Hastaya epidural anestezi altında laparotomi uygulandı ve kist başarılı şekilde intakt olarak çıkarıldı. Bebek sezaryen ile doğurtuldu. Histopatolojik incelemede; İntestinal tip Borderline müsinöz tümör bulundu. Postoperatif 4. ayında cerrahi evreleme uygulandı. Hasta klinik olarak takip edildi. Antepartum cerrahi müdahale güvenli kabul edildiği halde, abdominal cerrahi hamile bir kadın ve karnındaki fetus için bazı riskler taşır. Bu yüzden yönetim seçimi adneksiyal kitlenin karakteri ve gebelik yaşına göre karar verilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik; over torsiyonu; over tümörü.

#### ABSTRACT

A 36-year-old, 35th week of pregnancy woman was admitted to our center with severe right lower quadrant pain. The diagnosis of torsion of 12 cm right ovarian cyst was made. Patient underwent laparotomy under epidural anesthesia and the cyst was successfully removed intact. Fetus was delivered by cesarean section. Histopathological examination found intestinal-type borderline mucinous tumor. 4 months postoperatively, patient underwent surgical staging. Patient were followed-up clinically. Abdominal surgery carries some risks for the fetus of a pregnant woman although antepartum surgery has been considered safe. Management choice must be selected according to gestational age and adnexal mass character.

**Keywords:** Pregnancy; ovarian torsion; ovarian tumors.

#### GİRİŞ

Gebelikte adneksiyal kitlelerin görülme oranı 1/81 ile 1/8000 arasında olup, gebelikte görülen bu kitlelerin toplam malignite riski ise % 1-8 dir (1). Gebelikte görülen kitlelerin taşıdığı tek risk malignite değildir. İkinci trimestere kadar persistans gösteren kitlelerin torsiyon (% 1-22), rüptür (% 0-9) veya doğumu engelleyici (% 2-17) riskleri olabilir (1, 2). Over torsiyonu, kendi vasküler eksenini veya pedikül etrafında adneksin tamamen veya kısmen rotasyonudur (3). Boyutun artması, serbest mobilite ve uzun pedikül predispozan faktörlerdir. Kesin etyoloji belirsizdir. Sıklıkla dermoid ve seröz kistadenomlar görülür (2). Tamamen torsiyon; venöz ve lenfatik blokaj staz ve venöz konjesyon, kanama ve nekroza sebep olur. Kist duvarı gerilir bazen yırtılır. Hasta genellikle akut başlangıçlı ve şiddetli karın ağrısı ile başvurur (3).

Erken tanı alan hastalar torsiyon komplikasyonları engellenirken; tanısı geciken hastalarda adneks ve over kaybedilebilir, hatta geciken tanılarda potansiyel olarak ölümcül olabilen tromboflebit veya peritonit görülebilir (3). Gebelik, over torsiyonunu artıran bir risk faktörü olarak görülmekte olup gebelikte torsiyon riski % 13,7-25 arasında bildirilmektedir (3).

#### OLGU SUNUMU

36 yaşındaki 4. gravidası 2. paritesi olan 35 haftalık gebe hasta, karın ağrısı şikayetiyle hastanemiz acil servisine başvurdu. Hasta sağ alt kadranda gelen keskin, yayılmayan ve ani başlangıçlı bir ağrı belirtti. Vajinal kanama veya akıntı şikayeti yoktu. İshal, kabızlık, ateş, idrar şikayetleri veya başka yeni başlangıçlı bir şikayeti yoktu. Takipte sağ over kisti olduğu ve 24.

gebelik haftasında bir merkezde over kistinin aspire edildiği ve kist aspirasyon sıvısı sonucunun malign karakterde olmadığı öğrenildi. Geçirilmiş iki sezaryen operasyonu ve 6.gebelik haftasında gerçekleşen spontan abortusu mevcuttu.

Muayene sırasında; bilinç açık, nabız: 84/dk, tansiyon arterial: 110/70 mmHg, ateş: normal, solunum ve dolaşım sistemleri: normal olarak izlendi. Abdominal muayenede; ciddi sağ alt kadranda hassasiyet mevcuttu. Vajinal muayenede; kanama izlenmedi, uterus hassas 40 hafta cesamette, sağ alt kadranda hassasiyet izlendi.

Tam kan sayımında, hemoglobin değeri 11.3 g/dL ve hafif lökositoz (12,100/  $\mu$ L) gebelikte normal olarak değerlendirildi. Ultrasonografi; 36 hafta ile uyumlu, tek, canlı gebelik mevcut olup, amniotik mayi indeksi 290 mm olarak bulundu. Sağ overde 115\*70 mm hemorajik içerikli kistik kitle izlendi. Ayrıca sağ ovaryan kan akımı izlenmedi. Apendiks lojunda patoloji ve

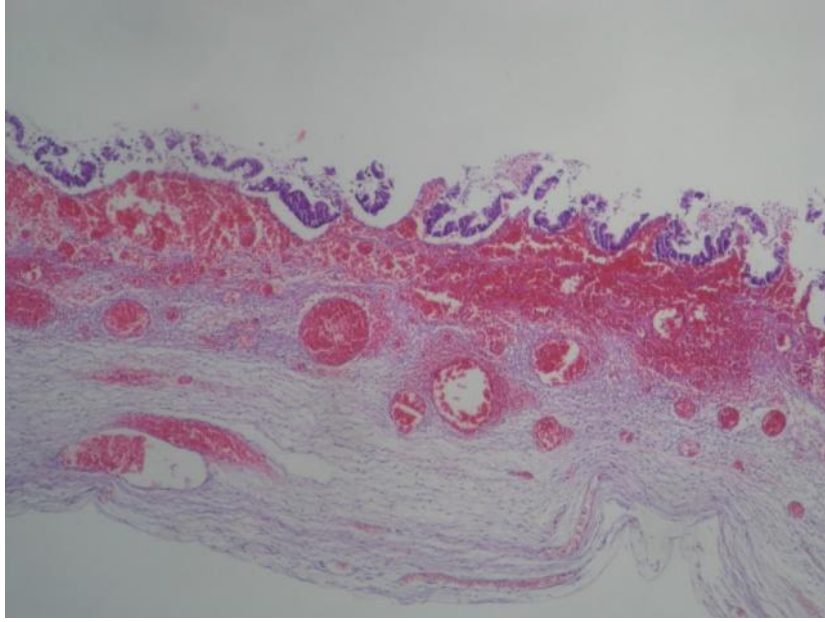
batında serbest sıvı izlenmedi. Bulgular over kist torsiyonu ile uyumlu olarak değerlendirildi. Yapılan NST testi, reaktif ve 60 mmHg seviyelerinde regüler uterin kontraksiyonlar izlendi.

Torsiyone over kisti ve geçirilmiş sezaryen ön tanısı ile acil sezaryen rejyonel anestezi altında yapıldı. 2670gr, 47cm ve 9 apgarlı erkek bebek doğurtuldu. Sağ overde yaklaşık 120 mm lik torsiyone-nekrotize over kisti izlendi (Şekil I). Detorsiyon yapılan kitlenin kanlanmasının düzelmediği görülerek hastaya sağ salpingooferektomi uygulandı ve materyal histopatolojik incelemeye gönderildi. Sol over makroskopik olarak normaldi.

Hasta postoperatif dönemi sorunsuz olarak geçirdi ve 3.postoperatif günde taburcu edildi. Histopatolojik inceleme; İntestinal tip Borderline müsinöz tümör olarak rapor edildi (Şekil II). Postoperatif 4. ayında cerrahi evreleme uygulanan hasta takibe alındı.



**Şekil I:** Torsiyone-nekroze over kisti (sağ over kaynaklı).



**Şekil II:** İntestinal tip borderline müsinöz tümör.

Kumari ve ark. yaptıkları retrospektif bir araştırmada, gebelik takipleri sırasında adneksiyal kitle sebebiyle operasyon gerektiren 20 vakanın (20/16620) 5 i torsiyon sebebiyle olup, bu torsiyon vakalarının hiçbiri 3. trimesterde olmadığını rapor etmişlerdi. Yine aynı çalışmada opere edilen vakaların 2 si (% 10) malign karakterde olduğu bildirilmişti (5). Literatürde opere edilen adneksiyal kitlelerin malignite oranları farklılık göstermekte olup % 2-6 arasında bildirilmektedir (5).

Borderline over tümörleri (BOT), ilk kez 1929 yılında yarı-malign over tümörü olarak tanımlanmış olup (6), 1971 yılında FIGO, 1973 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından over tümörleri sınıflamasına alınmıştır (7, 8). Epitelyal over kanserlerinin % 10-15'ini oluşturur ve benzer risk faktörleri ile ilişkilidir (9). Sıklıkla premenopozal kadınlarda görülür ve çok iyi prognoza sahiptirler. En sık 30-50 yaş arası görülmetedir ve tümör çapı seröz tümörlerde <1cm olabileceği gibi, müsinöz tümörlerde >30 cm'e kadar geniş bir aralıkta saptanabilir (10). Cerrahi, borderline over tümörlerinde temel tedavidir.

Ayırıcı tanıda: Uterin leiomyomalar, appendisyal apse, divertiküler apse, pelvik böbrek, retroperitoneal tümörler ve retrovert multigravid uterus sayılabilir (11).

Gebelikle ilişkili kist komplikasyonları olarak; kist torsiyonu, rüptürü, enfeksiyonu, malign oluşumu, idrar retansiyonuna sebep olması, doğum kanalına bası yapıp doğumu engellemesi ve fetüsün malprezentasyonu sayılabilir (2).

Gebe olmayan kadınlarda olduğu gibi, gebe kadınlarda da torsiyon tedavisi konservatif veya radikal olabilmektedir.

Konservatif tedavi olarak kistin detorsiyonu yapılabilir. Teorik olarak iskemik adneksin detorsiyonu sonrası tromboembolik komplikasyonlardan korkulur, ancak detorsiyon sonrasında literatürde bildirilen tromboemboli riski, % 0,2 olarak bildirilen adneksiyal torsiyon sonrası oluşan tromboemboli riskinden fazla değildir (2). Ovariopeksi torsiyonun tekrarlamasını önlemek için uygulanabilir.

Radikal tedavi olarak ise; iskemik adneksin detorsiyonu sonrası nekrotik görünümde olan veya canlı görüntüsüne dönmeyen adneksin uygulanabilecek ooferektomi veya salpingooferektomidir (2). Şüpheli vakalarda alınan frozen örneğinin sonucuna göre malign olgularda evreleme cerrahisi uygulanmalıdır.

Cerrahi yöntem olarak açık cerrahi veya laparaskopi uygulanabilir. Laparaskopi 1. ve 2. trimesterde uygulanması önerilir.

## YÖNETİM

6 cm den küçük, ultrasonografik olarak benign karakterde görülen kistik yapılar spontan rezolüsyona gidebilir. Korpus luteum kistleri 12 ila 16 haftalar arasında spontan geriler. 10 cm den büyük kistik yapılar artmış malignite riski, torsiyon ve rüptür riski sebebiyle rezeke edilir. 5 ile 10 cm arasındaki kistlerde yaklaşım tartışmalıdır. Eğer kist septalı, nodüler, papiller çinkintili veya solid komponente sahipse rezeksiyon önerilir. Basit kistik yapıdaki kistler ise seri ultrasonografilerle takip edilebilir. Yine de bu basit kistik yapılarda da torsiyon, rüptür ve enfeksiyon sebebiyle acil laparotomiye % 50 ye varan oranlarda ihtiyaç duyulabilir (1- 3, 11). Görüntülemenin teknik imkanlarının artması ile ekspektan takip ön plana çıkmaktadır.

Eğer over kisti 1. trimesterde görülürse, gebeliğin implantasyonu ve spontan rezolüsyon şansı sebebiyle 16.gebelik haftasına kadar beklenmelidir. Persiste kistler gerektiğinde kistektomi veya ovariectomi ile tedavi edilebilir. Ovaryan tümör veya kistler 28.gebelik haftasına kadar preterm eylemi tetiklemeden kolaylıkla cerrahi ile tedavi edilebilir. Ovaryan kistler rüptüre olduğunda, torsiyona uğradığında veya malignite bulguları taşıdığına gebelik dönemine bakılmaksızın acil cerrahi gerektirirler (1- 3, 11).

Basit kistektomi belirgin malignite yokluğunda uygulanabilir. Önceleri, hipoksi sebebiyle oluşan toksik maddelerin periferik dolaşıma girmesi ve embolinin önlenmesi için pedikülün detorsiyonu önerilmekten, şimdilerde ovaryan kanlanmanın sağlanması ile canlı ovaryan dokunun detorsiyonunda sistematik bir komplikasyon görülmemektedir (2).

## SONUÇ

Ovaryan torsiyon gebeliğin 3.trimesterinde çok nadir görülen bir akut patolojidir. Tanı genellikle klinik karakteristikle ve ultrasonografik değerlendirmede tek taraflı büyümüş hassas adneksiyal kitle ile yapılabilir. Tedavide gebelik haftasına göre laparotomi veya laparaskopi uygulanabilir. Gebelik haftaları ilerledikçe laparoskopik tedavi zorlaşmaktadır. İlk trimesterde oluşan torsiyonlar için laparaskopi daha idealdir. 2.trimester sonrası laparotomi tercih edilmelidir. Gebelikte gelişen over patolojilerinde malignite mutlaka akılda tutulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Leiserowitz G. Managing ovarian masses during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2006;61(7):463-70.
2. Hoover K, Jenkins TR. Evaluation and management of adnexal mass in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205(2):97-102.
3. Huchon C, Fauconnier A. Adnexal torsion: a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;150(1):8-12.
4. Sommerville M, Grimes DA, Koonings PP, et al. Ovarian neoplasms and the risk of adnexal torsion. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164(2):577-8.
5. Kumari I, Kaur S, Mohan H, et al. Adnexal masses in pregnancy: a 5-year review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2006;46(1):52-4.
6. Taylor HC. Malignant and semi-malignant tumors of the ovary. *Surg Gynecol Obstet* 1929;48:204-30.
7. Classification and staging of malignant tumors in the female pelvis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1971;50(1):1-7.
8. Serov SF, Scully RE, Sobin LH. Histologic typing of ovarian. In: International classification and staging of tumors. Number 9, Geneva: World Health Organization 1973:37-8.
9. Huusom LD, Frederiksen K, Høgdall EV, et al. Association of reproductive factors, oral contraceptive use and selected lifestyle factors with the risk of ovarian borderline tumors: a Danish case-control study. *Cancer Causes Control* 2006;17(6):821-9.
10. Scully RE, Young RH, Clement PB. Tumors of the ovary, maldeveloped gonads, fallopian tube, and broad ligament. In: Atlas of tumor pathology. 3rd series, Washington: Armed Forces Institute of Pathology, 1998:Fascicle23.
11. Lee CH, Raman S, Sivanesaratnam V. Torsion of ovarian tumors: a clinicopathological study. *Int J Gynaecol Obstet* 1989;28(1):21-5.