

GEBELİKTE İZOLE FALLOP TÜP TORSİYONU: OLGU SUNUMU

Isolated Tubal Torsion in Pregnancy: A Case Report

Oya Soylu Karapınar¹, İlay Gözükara¹, Kenan Dolapçioğlu¹, Arif Güngören¹, Fatma Öztürk²

¹Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, HATAY

²Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyodiagnostik Anabilim Dalı, HATAY

ÖZET

Gebeliğin ikinci trimesterinde izole fallop tüp torsiyonu nadir görülen bir durumdur. Burada peroperatif izole tuba torsiyonu saptanan 18 haftalık gebeliği olan bir olgu literatür eşliğinde sunulmaktadır. Yirmi dört yaşında kadın hasta sol alt kadranda ağrısı şikayeti ile başvurdu. Akut batın tablosu olan ve preoperatif tanı konulamayan olguda diagnostik laparoskopi uygulandı ve izole tubal torsiyon saptandı. Aynı seansta mini laparotomi ile sol salpenjektomi uygulandı. İzole tuba torsiyonunun genel semptomları alt abdomen ağrısı, bulantı ve kusmadır. Semptomları nonspesifik olduğundan izole tuba torsiyonu tanısı atlanabilmekte veya geç tanı alabilmektedir. Bu tür durumlarda gecikmiş tedavi nedeniyle tubayı koruma şansı azalabilmektedir. Sonuç olarak, izole tuba torsiyonu çok nadir bir durum olmasına rağmen reproduktif çağıdaki kadınlarda alt abdomen ağrısının önemli bir nedenidir.

Anahtar kelimeler: Akut batın, fallop tüp torsiyonu, gebelik.

ABSTRACT

Isolated torsion of a fallopian tube in the second trimester of pregnancy is a rare event. Here, a case who was diagnosed as isolated torsion of fallopian tube intraoperatively at 18 weeks gestation is presented by reviewing the literature. The patient who is 24 years old woman admitted with left lower abdominal pain. The patient with acute abdomen who could not be preoperatively diagnosed was managed by diagnostic laparoscopy and isolated tubal torsion was detected. In the same session left salpingectomy was performed by mini-laparotomy. Symptoms of tubal torsion are lower abdominal pain, vomiting, and nausea. Because these symptoms are nonspecific, isolated torsion of a fallopian tube may be misdiagnosed or diagnosed late. In such cases, may be and the opportunity of tubal protection may decrease due to delayed treatment. In conclusion, isolated tubal torsion is a rare but noteworthy cause of lower abdominal pain in women of reproductive age.

Key words: Acute abdomen, fallopian tubal torsion, pregnancy.

Gönderme tarihi / Received: 16.09. 2015 **Kabul tarihi / Accepted:** 25.12. 2015

İletişim: Dr. Oya Soylu Karapınar Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay/Türkiye

Tel: 0 505 502 51 48 **E-posta:** oyakarapinar@hotmail.com

GİRİŞ

İzole tubal torsiyon (İTT) oldukça nadir görülen bir patoloji olmakla birlikte akut batın tablosuyla karşımıza çıkması nedeniyle önemlidir (1). Prevalansı yaklaşık 1/1500000'dir (2). Gebelikte fallop tüp torsiyonu insidansının, tüm olguların %12'sini oluşturduğu bildirilmiştir (3). Sıklıkla akut apandisit ya da over torsiyonu olarak yanlış teşhis edilirler. Daha sıklıkla sağ tarafta görülür (4).

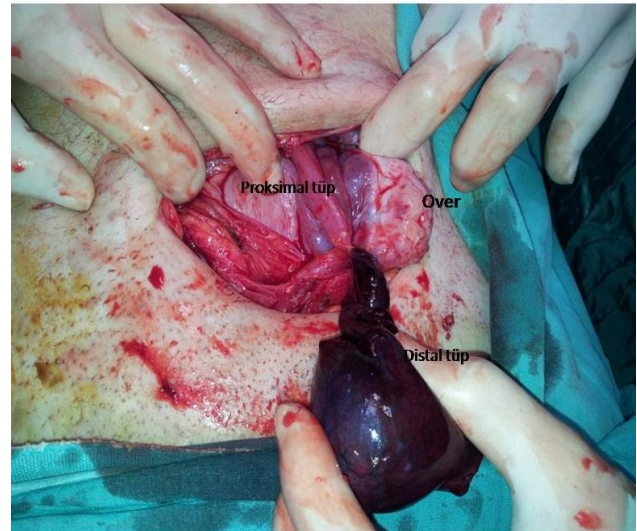
Burada, kliniğimize akut sol kasık ağrısı şikayeti ile gelen ve intraoperatif idyopatik sol tuba torsiyonu tanısı konulan hasta, güncel literatür eşliğinde tartışılmaktadır.

OLGU SUNUMU

Yirmi dört yaşında, gravida 6, parite 3, yaşayan 2, 18 haftalık gebe hasta, kliniğimize bir gün önce başlayan sol kasık ağrısı şikayeti ile başvurdu. Bulantı ve kusması olmayan hastanın bir haftadır kabızlık şikayeti mevcuttu. Ağrı sol kasık bölgesinde kramp tarzında aralıklı olarak devam etmekteydi. Yapılan fizik muayenesinde özellikle sol adneksiyel bölgede hassasiyet saptandı. Şüpheli defans ve rebound görüldü. Rektal muayenede ele gelen kitle saptanmadı. Transabdominal ultrasonografik (USG) incelemede 18 haftalık fetal kalp atımı olan gebelik izlendi. Servikal uzunluk 5 cm ölçüldü. Sağ adneksiyel alan normaldi. Sol adneksiyel alanda 30x37 mm basit kist izlendi ve dopplerde sol overde normal kan akımı izlendi. Douglasta serbest mayi yoktu. Laboratuvar incelemelerinde, hemogram ve biyokimyasal tetkikler normaldi. Tam idrar tahlilinde artmış lökosit saptandı, tüm batın USG'de ek başka bir patoloji izlenmedi. Yapılan genel cerrahi konsültasyonunda başka bir anormallik

saptanmadı. Hastaya antibiyoterapi ve hidrasyon verilerek iki gün takip edildi. Üçüncü gün hastanın ağrısında artış olması nedeniyle hasta tekrar değerlendirildi. Yapılan USG'de sol paraovaryan bölgede 44x16 mm serbest sıvı izlenmesi üzerine torsiyon veya rüptür ön tanısı ile diagnostik laparoskopi kararı verildi. Laparoskopik batın içi gözlemede uterus fundusa kadar uzanıyordu, her iki over ve sağ adneks normal izlendi; sol tuba izole şekilde ampulla bölgesinden itibaren kendi etrafında üç defa torsiyone olmuş, hidropik ve nekrotik görünümdeydi (Resim 1). Ardından mini laparotomi ile sol salpenjektomi yapıldı. Postoperatif üçüncü gününde şikayeti olmayan hasta taburcu edildi. Histopatolojik inceleme sonucu torsiyone seröz kist ve yaygın nekroz ve kanama odakları içeren tubal doku ile uyumlu geldi.

Resim 1. Sol torsiyone tuba ve normal over.



TARTIŞMA

İzole tuba torsiyonu, nadir görülen jinekolojik acillerden birisidir (5). Bu antite ilk defa 1890 yılında tarif edilmiştir (6). Phupong ve arkadaşları kendi kliniklerinde 10 yıl süresince

120.000 gebelikten sadece bir tanesinde İTT gözlemlenmiştir (6).

Fallop tüpü torsiyonu etiolojisi tam bilinmemektedir. Olası sebepler arasında hematosalpinks ve hidrosalpinks gibi anatomik bozukluklar, intestinal peristaltizm gibi fizyolojik anormallikler, mezosalpinkste venöz konjesyon gibi hemodinamik değişiklikler, Sellheim teorisi (ani vücut pozisyonu değişiklikleri), travma, önceki geçirilmiş cerrahi ve hastalık (tubal ligasyon ve pelvik inflamatuvar hastalık) öyküsü, tubaya yakın ovaryan ve paraovaryan kitleler ve gebelik sayılabilir (7-10). Bizim olgumuzda gebe uterus ve paraovaryan kist dışında etiyolojik bir faktöre rastlamadık.

Adneksiyal kitlelerin gebelik esnasında torsiyona sebep oldukları iyi bilinir. Önceki çalışmalarda gebelikte 60-80 mm arasındaki adneksiyal kitlelerin torsiyona sebep oldukları ve torsiyonların %94'ünün 20. gebelik haftasından önce meydana geldiği gösterilmiştir (11). Bizim vakamızda 18. gebelik haftasında idi ve 30x37 mm çapında paraovaryan bir kisti mevcut idi.

En sık semptom, ani başlayan alt kadran ağrısı ve/veya pelvik ağrıdır. Genellikle bulantı ve kusmanın eşlik etmediği ağrı, künt-sürekli veya paroksizmal ve keskin tarzda olabilir. Aralıklı ateş ve beyaz küre yüksekliği eşlik edebilir. Fizik muayenede abdominal hassasiyet saptanır ancak kitle her zaman palpe edilemeyebilir. Laboratuvar değerleri genellikle normal sınırlardadır (12). Yayınlanmış sonografik bulgular arasında; normal görünüm ve doppler akımlı uterus ve overler, kalınlaşmış ve ekojenitesi artmış dilate görünümlü tubal duvarlar ve etrafında serbest sıvı imajı sayılabilir. Doppler çalışmalarında, vasküler akımın olmadığı, ters döndüğü ya da impedans gösterdiği de rapor edilmiştir (13,14). Yine

doppler USG ipsilateral overin kanlanması göstermek açısından yararlı olabilir; ancak overin vasküler yapısının normal olması İTT tanısını ekarte ettirmez (14).

Bizim olgumuzda bir gün önce başlayan kramp tarzında aralıklı devam eden sol alt kadran ağrısı mevcuttu. Bulantı ve kusma eşlik etmiyordu. Sol alt kadranda hassasiyet vardı. Hastamıza yapılan transabdominal USG'de sol adneksiyel alanda basit kist izlenmişti. Sol over normal idi ve dopplerde sol overde normal kan akımı izleniyordu. Douglasta serbest mayı yoktu. Ancak ağrısının artması üzerine iki gün sonra tekrar yapılan USG'de sol paraovaryan bölgede serbest sıvı izlendi.

Tubal torsiyonu daha sıklıkla sağ tarafta oluşur (6). Bunun nedeni olarak sol tubanın sigmoid mezenterine yakınlığından ötürü mobilitesinin sağ tubaya göre daha az olması ya da sağ alt kadran ağrılarının apandisit açısından daha sık cerrahi olarak değerlendirilip bu aşamada izole tuba torsiyonu tanısı konmasıdır (15,16). Bizim olgumuzda ise İTT sol tarafta saptandı.

Gebelikte İTT tanısı akla gelmez ise teşhisi zordur. Akut alt kadran ağrısı ile başvuran, klinik, laboratuvar, fizik muayene bulguları nonspesifik olan hastaların ayırıcı tanısında; akut apandisit, ektopik gebelik, pelvik inflamatuvar hastalık, over torsiyonu, over kist rüptürü, intestinal obstrüksiyon veya perforasyon, ürolityazis, sistit ve leiomyom dejenerasyonu yanında İTT'de düşünülmalıdır (17). Akut alt kadran ağrısı ile başvuran ve USG'de adneksiyal kitle ile birlikte her iki overi salim görünen hastalarda İTT'nin ön planda düşünüp erken teşhis ve müdahale etmek, özellikle fertilitenin devamı açısından çok önemlidir. Fakat yapılan çalışmalarda, bunun aksine genellikle preoperatif teşhisin zor olduğu ve sıklıkla intraoperatif safhada kesin tanıya

ulaşılabilirdiği görülmüştür (18). Biz de bulgularının nonspesifik olması nedeniyle hastamızı takip amaçlı iki gün izledik. Daha sonra ağrısının artması üzerine tekrarlanan USG'de sol paraovaryan serbest sıvı görülmesi nedeniyle var olan kistin torsiyonu veya rüptürü ön tanısı ile diagnostik laparoskopiyeye karar verdik. Peroperatif İTT tanısı koyduk.

İzole tubal torsiyon tedavisi, primer olarak eksploratif laparotomi veya laparoskopik cerrahidir. Operasyon sırasında tubanın görünümüne, hastanın yaşına ve fertilitate durumuna bağlı olarak detorsiyon veya salpenjektomi yapılabilir. Eğer tubada herhangi bir iskemik hasar veya nekrotik görünüm yoksa bu hastalar detorsiyondan fayda görür (15). Hastamızda tuba nekrotik görünümde olduğundan detorsiyon işlemi denenmeden salpenjektomi yapılmıştır.

Sonuç olarak, İTT klinik olarak sadece ağrı bulgusu olabilen, kalıcı infarktın oluşumunu önlemek için erken tanı gerektiren ancak nadiren preoperatif tanı konabilen jinekolojik acildir. Nadir bir durum olmakla birlikte akut batın ile başvuran gebelerde mutlaka akla gelmelidir.

REFERANSLAR

1. Varghese U, Fajardo A, Gomathinayagam T. Isolated fallopian tube torsion with pregnancy- a case report. *Oman Med J* 2009;24:128-30.
2. Krissi H, Shalev J, Bar-Hava I, Langer R, Herman A, Kaplan B. Fallopian tube torsion: Laparoscopic evaluation and treatment of a rare gynecological entity. *J Am Board Fam Pract* 2001;14:274-7.
3. Antoniou N, Varras M, Akrivis C, Kitsiou E, Stefanaki S, Salamalekis E. Isolated torsion of the Fallopian tube: a case report and review of the literature. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2004;31:235-8.
4. Shukla R. Isolated torsion of the hydrosalpinx: a rare presentation. *Br J Radiol* 2004;77:784- 6.
5. Ozgun MT, Batukan C, Turkyilmaz C, Serin IS. Isolated torsion of fallopian tube in a post-menopausal patient: A case report. *Maturitas* 2007;57:325-7.
6. Phupong V, Intharasakda P. Twisted fallopian tube in pregnancy: A case report. *BMC Pregnancy Childbirth* 2001;1:5.
7. Origoni M, Cavoretto P, Conti E, Ferrari A. Isolated tubal torsion in pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;146:116-20.
8. İşçi H, Güdücü N, Gönenç G, Basgul AY. Isolated tubal torsion in pregnancy--a rare case. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2011;38:272-3.
9. Batukan C, Ozgun MT, Turkyilmaz C, Tayyar M. Isolated torsion of the fallopian tube during pregnancy: A case report. *J Reprod Med* 2007;52:745-7.
10. Renjit S, Morale EU, Mathew M. Isolated torsion of a tubal ectopic pregnancy- a rare event. *Oman Med J* 2008;23:289-90.
11. Yen CF, Lin SL, Murk W, Wang CJ, Lee CL, Soong YK et al. Risk analysis of torsion and malignancy for adnexal masses during pregnancy. *Fertility and Sterility* 2009;91:1895-902.
12. Acioğlu HÇ, Karşıdağ AY, Büyükbayrak EE, Karsı B, Keser S et al. İzole tubal torsiyon. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2010;7:66-9.
13. S Skinner, F Voyvodic, R Scroop T. Sanders. Isolated Tubal Torsion: CT Features. *Clinical Radiology* 2001; 56: 155- 65.
14. Baumgartel PB, Fleischer AC, Cullinan JA, Bluth RF. Color doppler sonography of tubal torsion. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996;7:367-70.
15. Gross M, Blumstein SL, Chow LC. Isolated fallopian tube torsion: A rare twist on a common theme. *Am J Radiology* 2005;185:1590-2.
16. Erdemoğlu M, Kuyumcuoğlu U, Kale A. Pregnancy and adnexal torsion: Analysis of 20 cases. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2010;37:224-5.
17. Kaido Y, Kikuchi A, Kanasugi T, Fukushima A, Sugiyama T. Acute abdomen due to ovarian congestion: A fallopian tube accompanied by a paratubal cyst, coiling tightly round the ovary. *J Obstet Gynaecol Res* 2013;39:402-5.
18. Aydin R, Bildircin D, Polat AV. Isolated torsion of the fallopian tube with hydrosalpinx mimicking a multiloculated ovarian cyst: Whirlpool sign on preoperative sonography and MRI. *J Clin Ultrasound* 2013;42:45-8.