

# GEBEDE GÖRÜLEN İZOLE TUBA TORSİYONU

## Isolated Tubal Torsion in a Pregnant Woman

Murat Özekinci, Cem Yaşar Sanhal, Alper Karalök, İnanç Mendilcioğlu

### ÖZET

İzole tuba torsiyonu gebelikteki akut karın nedenlerinin nadir olanları arasındadır. Patognomonik klinik semptomların, görüntüleme bulgularının veya laboratuvar tetkiklerinin olmaması nedeniyle kesin tanıya giden süreç oldukça zorludur. Bu olgu sunumunda bulantı-kusma ve kasığa yayılan sağ alt kadran ağrısı ile başvuran, adneks torsiyonu, adneksiyal kitle ve akut apandisit ön tanılarıyla opere edilen 22 haftalık bir gebeyi bildiriyoruz. Laparotomide, sağ tuba distal kısmının torsiyone olup kistik kitle haline dönüşmüş olduğu görüldü. Diğer pelvik ve abdominal organlar ise normaldi. Detorsiyon sonrasında kısa sürede tuba normal rengine döndüğü için salpenjektomi işlemi gerçekleştirilmedi. Doğru ve zamanında tanı ve tedavi ile salpenjektomi işleminden kaçınılabilecek olan izole tuba torsiyonu, çok nadir de olsa, gebelikte görülebilecek olası akut karın nedenleri arasında akılda tutulması gereken patolojilerden biri olmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** *Torsiyon anormalliği, Fallop tüpü hastalıkları, Akut karın, Gebelik*

### ABSTRACT

Isolated tubal torsion is a rare cause of acute abdomen in pregnancy. The definite diagnosis is a very challenging task because it has no pathognomonic clinical symptoms or findings on imaging or in laboratory studies. We report a 22-week-old pregnant presenting with right lower abdomen pain radiating to her groin with nausea and vomiting, who was operated with the preoperative diagnosis of adnexal torsion, adnexal mass and acute appendicitis. During laparotomy right fallopian tube was found twisted among itself and became a cystic mass. Other organs were normal. The colour of tube became normal soon after detorsion so salpingectomy procedure were not performed. We conclude that isolated tubal torsion should be kept in mind in the differential diagnosis of acute abdomen in pregnancy and salpingectomy can be avoided with correct and in time diagnosis.

**Key words:** *Torsion abnormality, Fallopian tube diseases, Acute abdomen, Pregnancy*

Akdeniz Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları  
ve Doğum Anabilim Dalı  
Antalya

Murat Özekinci, Uzm. Dr.  
Cem Yaşar Sanhal, Uzm. Dr.  
Alper Karalök, Uzm. Dr.  
İnanç Mendilcioğlu, Prof. Dr.

#### İletişim:

Uzm. Dr. Cem Yaşar Sanhal  
Akdeniz Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları  
ve Doğum Anabilim Dalı,  
Konyaaltı 07059 Antalya

Tel: 0 5059113701

#### e-mail:

cemsanhal@yahoo.com

## GİRİŞ

İzole tuba torsiyonu 1/1.500.000'lük insidansı ile nadir görülen ancak dikkate alınması gereken bir durumdur (1,2). Her yaş grubunda görülebilir. Semptomların duruma özgü olmaması nedeniyle kesin teşhis operasyon öncesi dönemde oldukça güçtür (3). Bununla birlikte zamanında ve doğru koyulan tanı, özellikle menopozal dönemde olmayan hasta popülasyonunda fallop tüpünün korunmasına olanak sağladığı için önemlidir. Bu olgu sunumunda 22. gebelik haftasında akut batın tablosuyla opere edilen ve nekroz gelişmediği için tubası korunan bir hastayı bildirmeyi amaçladık.

## OLGU SUNUMU

25 yaşında gravida 1 para 0 olan hasta kliniğimize yaklaşık 12 saattir devam eden sağ kasık ağrısı ve bulantı - kusma şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde özellik olmayan gebenin son adet tarihine göre 22. gestasyonel haftada olduğu belirlendi. Fizik muayenede vital bulgular normaldi ve ateş saptanmadı. Sağ alt kadranda istemli defans ve rebound vardı. Spekulum muayenesinde lökore mevcuttu. Servikal dilatasyon ve efasman olmadığı dijital muayene ile teyid edildi.

Yapılan ultrasonografi incelemesinde fetusun tek, baş geliş ve ölçümlerinin 22-23 hafta ile uyumlu olduğu saptandı. Plasenta, uterusun anterior duvarındaydı ve amniyon sıvı miktarı normaldi. Sağ adneksiyal alanda 37 x 45 mm boyutlarında vasküler akımı olmayan kompleks kistik lezyon belirlendi. Sağ over ayrıca görülmedi. Laboratuvar verilerinden hemoglobin 12.3 g/dl, hematokrit % 33.5 ve beyaz küre 15600/mm<sup>3</sup> idi. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal limitler arasındaydı. Tam idrar tetkikinde özellik yoktu.

Genel cerrahi bölümünce de değerlendirilen hastaya radyoloji bölümü tarafından yapılan ultrasonografide akut apandisit ile uyumlu bulgu saptanmadı. Bununla birlikte akut apandisit tanısı tam olarak dışlanamadı. Sonuç olarak uygun hasta onamı alınarak, sağ adneksiyal torsiyon, sağ adneksiyal tümör ve akut apandisit ön tanılarıyla ve uygun hasta onamı alınarak laparotomi yapıldı. Pelvik gözlemlerde 22 haftalık normal bir uterus,

normal sol adneks, sağ over ve apendiks vardı. Ayrıca sağ taraftaki fallop tüpünün 1/3 distal kısmı kendi etrafında 7 defa dönerek yaklaşık 4 cm kistik yapı oluşturmuştu. Detorsiyon sonrasında rengi normale dönen tüp eşlik eden ek patoloji olmaması nedeniyle alınmadı. Operasyon sonrası 3. günde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta önerilerle taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Bu olgu sunumunda bulantı-kusma ve kasığa yayılan sağ alt kadranda ağrısı ile başvuran, adneks torsiyonu, adneksiyal kitle ve akut apandisit ön tanılarıyla opere edilen 22 haftalık bir gebe bildirilmektedir. Operasyon esnasında, ağrıya sebep olan yapının sağ tubanın kendi etrafında dönmesi ile oluşan kistik yapı olduğu saptanmıştır. Detorsiyon sonrasında tubanın kısa sürede olağan rengini almasıyla salpenjektomi yapılmamış ve tuba korunabilmiştir.

Gebelikte akut karın tablosu genellikle ablatio plasenta, uterus ruptürü, akut apandisit, kolesistit, renal veya üreteral kolik, dejenere leiomyom, over torsiyonu, ruptüre over kisti, salpenjit ve tubo-ovaryan abse gibi durumlarda ortaya çıkmaktadır (4). Bu durumlara kıyasla oldukça nadir olarak karşılaşılan izole tuba torsiyonunun nedeni tam olarak belirlenememiştir. İleri sürülen olası hipotezler ve predispozan faktörler aşağıdaki başlıklar altında özetlenmiştir (5).

- Anatomik anormallikler (uzun mezosalpinks, tubal anormallikler, hematosalpinks, hidrosalpinks, Morgagni hidatiti)
- Fizyolojik anormallikler (anormal peristaltizm, tubal spazm, intestinal peristaltizm)
- Mezosalpinks'teki hematolojik anormallikler (venöz konjesyon)
- Sellheim teorisi (ani vücut pozisyon değişiklikleri)
- Travma, önceki cerrahi veya hastalık (tubal ligasyon, pelvic inflammatory disease (PID))
- Gebe uterusu.

İzole tuba torsiyonu tanısı operasyon öncesi dönemde oldukça zor konmaktadır. En sık görülen ve ön tanı için en güvenilir semptomlar kasık, uyluk ve böğür bölgesine yayılan akut alt abdominal ve/veya pelvik ağrıdır (6). Ancak bu şikayetlerin çoğu yukarıda sayılan ve gebelikte akut batın tablosuna yol açabilecek patolojilerde de görülebilmektedir. Benzer şekilde normal seviyeler arasında olan veya hafif artmış saptanabilen ateş ve lökosit sayısının da ayırıcı tanıda önemli yeri yoktur (7). Vakamızda da hafif lökositoz dışında anormal laboratuvar verisi yoktu.

Ultrasonografik inceleme ile birçok jinekolojik patolojide olduğu gibi izole tuba torsiyonunun ön tanısı için de önemli ipuçları elde edilebilmektedir. Özellikle gebeliği mevcut olan hasta popülasyonunda akut alt kadranın değerlendirilmesi için belirli bir sistematik inceleme yapılması gerekmektedir. Buna göre tüm vakalarda öncelikle overler değerlendirilmeli, varsa kistik yapıların ölçümleri yapılmalıdır. Overlerin normal olarak değerlendirildiği vakalarda, salpinksin torsiyonundan sorumlu olabilecek paraovaryan ve paratubal yapılar aranmalı, tubal dilatasyonun mevcudiyeti taranmalıdır (8). Önceki yayınlarda, kistik yapının aynı taraftaki overe yakın olması halinde paraovaryan ve paratubal kist tanısının belirlenmesinde zorlukların olduğu belirtilmiş olsa da, over yüzeyi ve kist arasında belirlenen net bir ayırımın tanıyı belirlemeyi mümkün kılabileceği bildirilmiştir (9). Doppler incelemelerinde saptanacak ters diastolik akım kaybı da torsiyon için uyarıcı nitelik taşır (10). Vakamızda ise sağ adneksiyal alandaki 4 cm'lik lezyonda kompleks görünüm mevcuttu ve kan akımlarının olmadığı saptanmıştı. Tuba ve over torsiyonlarının tedavileri için cerrahi gerekli olsa da, operasyon öncesi dönemde birbirinden ayırımının bazı avantajları vardır. Bunlar arasında; komşu tuba torsiyonuna bağlı olarak bir miktar hasar olsa da over koruma kararının kolaylaşması ve korpus luteum kaybının önlenmesi, hasta ve ailede operasyon öncesindeki over alınma olasılığının yarattığı duygusal gerginliğin azaltılması ve histolojik çalışma sonrasında ortaya çıkacak sağlam over dokusunun yaratabileceği medikolegal sorunlardan korunulması vardır (8).

Bildiğimiz kadarıyla olgumuzun eklenmesi sonrasında,

gebeliklerinde izole tuba torsiyonu saptanmış olan vaka sayısı 23'e çıkmaktadır. Bu kadar nadir görülmesine rağmen, akut karın tablosu mevcut olan bir gebede özellikle adneksiyal bölgelerin Doppler akımı ile incelenmesi sonrasında aynı taraftaki overin normal olduğu kistik paraovaryan yapıların mevcudiyeti halinde, izole tubal torsiyonu olasılığı akla gelmelidir. Uygun ve zamanında tanı ve sonrasında tedavi ile (detorsiyon) tuba ve adneksler korunabilmektedir (11). Bize göre önemli olan bir diğer durum da; risk faktörleri içinde yer alan ve diagnostik girişimler esnasında rastlantısal olarak saptanan Morgagni hidatiti ve paratubal kistlerin de eksizyonunun ihmal edilmemesidir.

#### KAYNAKLAR

1. Batukan C, Ozgun MT, Turkyilmaz C, Tayyar M. Isolated torsion of the fallopian tube during pregnancy : A case report. J Reprod Med 2007;52(8):745- 747.
2. Hansen O. Isolated torsion of the fallopian tube. Acta Obstet Gynecol Scand 1970; 49(1): 3-6.
3. Varghese U, Fajardo A, Gomathinayagam T. Isolated Fallopian Tube Torsion with Pregnancy- A Case Report. Oman Med J. 2009;24(2):128-30.
4. Ergenoglu M, Yeniel O, Peker N, Turan V, Karadadas N. Tubal torsion during pregnancy- -case report. Gineko Pol 2011;82(4):287-90.
5. Renjit S, Morale EU, Mathew M. Isolated torsion of a tubal ectopic pregnancy – A rare event. Oman Med J. 2008;23(4):289-90.
6. Lineberry TD, Rodriguez H. Isolated torsion of the fallopian tube in an adolescent. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2000;13(3):135-137
7. Gross M, Blumstein SL, Chow LC. Isolated fallopian tube torsion: A rare twist on a common theme. Am J Radiology 2005;185(6):1590-1592.

8. Origoni M, Cavoretto P, Conti E, Ferrari A. Isolated tubal torsion in pregnancy Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009;146(2):116-120.

9. Baumgartel PB, Fleischer AC, Cullinan JA, Bluth RF. Color Doppler sonography of tubal torsion. Ultrasound Obstet Gynecol 1996;7(5):367-70.

10. Harmon J, Binkovitz LA, Binkovitz LE. Isolated fallopian tube torsion: sonographic and CT features. Pediatr Radiol. 2008;38(2):175-179.

11. Ekin M, Yaşar L, Özdemir İA, İdil S. Adneksiyal torsiyon yönetimi: Overler erken diagnostik laparoskopi ve detorsiyon ile korunabilir. Bakırköy Tıp Dergisi 2011;7(4):125-9.