

İzole Fallop Tüpü Torsiyonu

**Aybala Ağaç AY*, Kuzey AYDINURAZ*, Vural SÖZEN*, Oral SAYGUN*,
Çağatay Erden DAPHAN***

* Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.D.

Özet

Fallop tüpünün izole torsiyonu, nadir rastlanan bir akut pelvik ağrı nedenidir. Genellikle reproduktif çağ kadın hastada sıklık gösterir, prepubertal ve postmenopozal dönemde çok nadirdir (1). Bu olguda tubal kiste bağlı olarak tubal torsiyon gelişen ve acil salpenjektomi yapılan 19 yaşında kadın hastayı sunuyoruz. Bu olgu ışığında akut karın olguları değerlendirilirken fallop tüpü torsiyonunun da akılda tutulmasının önemli olduğu görüşündeyiz.

Anahtar kelimeler: Akut karın, fallop tüpü torsiyonu, fallop tüpü kistleri

Case Report: Isolated Torsion of Fallopian Tube

Abstract

Isolated torsion of fallopian tube is an uncommon cause of acute lower abdominal pain. When diagnosed, it is often in women of reproductive age and it is less common in prepubertal and perimenopausal women (1). We presents a case with isolated tubal torsion due to a tubal cyst in a 19 year-old girl who underwent emergency salphingectomy. In the light of our case torsion of the fallopian tube must be considered as one of the possible reasons on acute abdominal pain evaluation in women of reproductive age.

Key Words: acute abdominal pain, torsion of fallopian tube, cyts of fallopian tube

Giriş

Fallop tüpünün izole torsiyonu, akut karın ayırıcı tanısında oldukça nadir bir etyolojik faktör olup sıklığı 1 ila 1.5 milyon kadında birdir^{1,2}. Spesifik semptomlarının olmayışı yanında, spesifik bir görüntüleme bulgusu veya laboratuvar tetkiki de olmadığından tanıda sıklıkla gecikilmekte ve cerrahi tedavi seçenekleri de bu süre içinde değişikliğe uğramaktadır¹. Burada salpenjektomi ile sonuçlanmış, 19 yaşında bir over torsiyonu olgusunu sunuyoruz.

Olgu Sunumu

19 yaşında kadın hasta sağ alt kadranda ağrısı yakınmasıyla acil servise başvurdu. Öyküsünden hastanın son 1 aydır ara ara olup geçen karın ağrısı yakınmasının bulunduğu, son 10 saattir ise ağrısının şiddetlendiği ve devamlılık gösterdiği öğrenildi. Hasta bekardı ve kronik pelvik ağrı, menometroraji veya vajinal akıntı gibi jinekolojik yakınmaları yoktu. Dizürisi bulunmayan hastanın herhangi bir kronik hastalığı veya sürekli kullandığı ilaç bulunmamaktaydı. Yapılan fizik muayenede TA:120/80 mmHg, kalp atım hızı: 88/dak idi. Diğer sistemik fizik muayenesi normal olan hastanın karın muayenesinde sağ alt kadranda muskuler defans ve rebound gibi akut karın bulguları mevcut iken diğer kadrarlarda sadece hassasiyet mevcuttu. Yapılan

biyokimyasal analizde beyaz küre sayımı: 15.300 / cm³, Hgb: 10.1 mg/dl idi. Diğer biyokimyasal parametreler normaldi. Yapılan abdominal ultrasonografide apendiks çapının 7 mm izlenirken; komşuluğundaki sağ adneksiye loju da içine alarak gato yapmış ve kitle görünümü oluşturmuş olup, plastrone apandisit öntanısıyla rapor edilmiş olduğundan, ayrıca komşuluğundaki sağ adneksiye lojda da serbest sıvı izlenmesi sebebiyle hasta operasyona alındı. Plastrone apandisit öntanısıyla geniş disseksiyon yapılabileceği göz önüne alınarak göbek altı median kesi ile karına girildiğinde sağ alt kadranda lokalize sero-pürülan serbest mayii izlendi, apendiks pürülan mayiye sekonder hiperemik, ödemli ve fibrinle kaplı izlendiğinden apendektomi uygulandı. Eksplorasyonda sağ over normal izlenirken sağ fallop tüpünün tamamına yakınına içine alarak, sağ adneksiye torsiyona uğratmış 10 x 10 cm büyüklüğünde hemorajik kistik kitle izlendi (Resim 1). Kitlenin komşuluğunda geri kalan tubal ve fimbrial yapıların hemorajik ve nekrotik izlenmesi üzerine (Resim 2) salpenjektomi uygulandı. Hasta postoperatif 3. gününde sorunsuz taburcu edildi. Histopatoloji sonucu basit kist olarak raporlanan olgu takip edilmektedir.



Resim 1: Sağı adneksiyel lojda yaklaşık 10 cm çapında kist görülmekte



Resim 2: Tuba uterina ve fimbriyal konjesyone ve nekrotik görülmekte

Tartışma

Adneksiyel kitleler reproduktif ya da non-reproduktif çağ kadınlarında, semptomatik veya asemptomatik olarak seyreden, özellikle reproduktif çağda folliküler kistlerle ya da korpus luteum kistleriyle ilişkili, çoğunlukla benign yapıda patolojilerdir³. Tubal torsiyon ise çoğunlukla reproduktif çağda ortaya çıkan oldukça nadir (1.5 milyonda bir) bir antitedir⁴. Risk faktörleri arasında uzun veya konjesyone mezosalpinks, geçirilmiş tüp ligasyonu, morgagni kisti, hidrosalpinks, pelvik enflamatuar hastalık, fallop tüpünün hipermotilitesi ve travma sayılabilir⁴.

Olgumuzda olduğu gibi sıklıkla sağı tubanın torsiyonu ile karşılaşmaktadır. Sebep olarak sol tubanın sigmoid kolon ve mezosu ile birlikte sol hemipelvise sağı kıyasla daha sıkı fikse olduğu düşünülmektedir⁴. Özellikle adneksiyel venöz veya lenfatik obstrüksiyon varlığında, fimbriyal uçların ödemlenmiş olması da torsiyon için bir tutunma noktası oluşturmaktadır⁴.

Kliniği gözden geçirilecek olursa çoğunlukla ani başlangıçlı olmakla birlikte kolik vasıfta da olabilen karın ağrısı mevcuttur. İnguinal bölgeye de yayılabilen ağrıya, zamanla birlikte peritoneal bulguların da gelişmesi sonucu bulantı ve kusma da eklenebilir. Beyaz küre sayısı ve sedimentasyon hızı artmış bulunur. Diğer akut karın nedenlerinden keskinlikle ayırt edecek bulguları olmadığından, bu noktada radyolojik görüntüleme de yardımcı yöntem olarak görülebilirse de, bu olguların zorlu taraflarından biri de radyolojik olarak da spesifik bir bulgularının olmayışıdır. Yalnızca olgumuzda olduğu gibi torsiyonu tetikleyecek kist veya kitle gibi patolojiler görüntülenebilir^{1,2,4}. Klinik ve radyolojik olarak spesifik bulguları olmaması, tubal torsiyonun gözden kaçırılması durumunda tedavi seçeneği ve tedaviden yararlanımı oldukça düşüren bir durum olup literatürde gebelik esnasında 3. trimesterde tubal torsiyon sebebiyle salpenjektomi yapılan olgular da sunulmuştur^{5,6}.

Tüm bu sebepler tartışıldığında, etkili tedavi için erken tanının önemi daha iyi anlaşılacaktır. Kliniği şüphe uyandıran, risk faktörleri de bulunan olgularda laparoskopi hem tanı ve hem de tedavi açısından altın standarttır. Operasyon esnasında ise hastalığın evresine göre fallop tüpünün korunabilecek kısımlarının korunmaya çalışılmasına gayret edilmelidir^{2,3}.

Referanslar

1. Ding DC, Hsu S, Kao SP. Isolated torsion of the hydrosalpinx in a postmenopausal woman. *JLS*. 2007 Apr-Jun;11(2):252-4.
2. Renjit S, Morale EU, Mathew M. Isolated torsion of a tubal ectopic pregnancy- a rare event. *Oman Med J*. 2008 Oct;23(4):289-90.
3. Lim WH, Roex AJ. Laparoscopic management of a fallopian tubal torsion complicated by a large hydrosalpinx. *Int J Womens Health*. 2011;3:381-4. doi: 10.2147/IJWH.S24639. Epub 2011 Nov 9.
4. Rezvani M, Shaaban AM. Fallopian tube disease in the nonpregnant patient. *Radiographics*. 2011 Mar-Apr;31(2):527-48. doi: 10.1148/rg.312105090.
5. Alpern MB, Sandler MA, Madrazo BL. Sonographic features of parovarian cysts and their complications. *Am J Roentgenol*. 1984 Jul;143(1):157-60.
6. Duncan RP, Shah MM. Laparoscopic salpingectomy for isolated fallopian tube torsion in the third trimester. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2012; 239352. Epub 2012 Sep 18.

Sorumlu Yazar:

Aybala Ağaç Ay
KÜ Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.D.
Telefon:0318 2252485/2306
Fax:0318 2254634 Cep Tel: 0505 230 15 66
E-mail: draybala.a.a@gmail.com