

## İzole Tubal Torsiyon: Olgu Sunumu

Çetin Çam, Doğan Vatansver , Niyazi Tuğ, Hamdullah Sözen,

Mehmet Reşit Asoğlu, Selçuk Selçuk\*\*

\* Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi ,

\*\*\* Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği Uzman Doktoru

### ÖZET:

Adneksiyel torsiyon rölatif olarak sık rastlanan bir olgu olsa da, tubanın izole torsiyonu 1,5 milyonda bir insidansla oldukça nadir görülmektedir. Alt karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile başvuran hastalarda ön tanıda düşünülmeyen tubal torsiyon, tubanın nekrozuna yol açmakta ve fertilitiyi etkilemektedir. Erken dönemde konulacak tanı tubal hasarı önleyecek olan, tubal detorsiyon operasyonuna olanak sağlayacaktır. Bu nedenle, tubal torsiyon olasılığı alt karın ağrısı ile başvuran, özellikle genç hastalarda akılda bulundurulmalıdır. Bundan dolayı biz de hastanemize başvuran böyle bir olguyu sunmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** tubal torsiyon, salpenjektomi, akut abdominal ağrı

### ABSTRACT:

#### *Isolated Tubal Torsion: Case Report*

Even if the torsion of the adnexia is a relatively common phenomenon, isolated torsion of the tube itself is seen very rarely with an incidence of 1 in 1.5 million. Tubal torsion which can not be predicted as a pre-diagnosis in patients who presents with lower abdominal pain, nausea and vomiting, could result in the necrosis of the tube and may affect the fertility. An early diagnosis will give an opportunity to a tubal detorsion operation, which will prevent a subsequent damage of the tube. For this reason, tubal torsion should be kept in mind, especially in young patients who present with lower abdominal pain. As a consequence we aimed to report such a patient who applied to our hospital.

**Key Words:** tubal torsion, salpingectomy, acute abdominal pain

### GİRİŞ

Tubal torsiyon ilk olarak 1890 yılında Bland-Sutton tarafından tanımlanmıştır (1). Fallop tüplerinin izole torsiyonu jinekolojik akut abdominal ağrının oldukça nadir sebeplerinden biridir ve 1/1.500.000 oranında gözlenir (2,3). Etiyolojisi intrinsek ve ekstrinsek nedenler olmak üzere iki grupta incelenmektedir (4). Tubanın konjenital anomalileri, hidrosalpink, hematosalpink, tubal neoplazmlar, tubal ligasyon ya da tubanın cerrahi müdahaleleri gibi tubaya özgü faktörler intrinsek nedenleri oluştururken, ovaryan ve paratubal kitleler, gebelik, travma, adezyonlar, pelvik konjesyon ve ani vücut hareketleri ise ekstrinsek nedenleri oluşturmaktadır. Bu olgulara özgü herhangi bir tanı koydurucu semptom, klinik bulgu, laboratuvar belirteci ya da patognomonik radyolojik özellik tanımlanmamıştır (5). Erken tanı, tubanın detorsiyone edilmesine ve fertilitiyeye

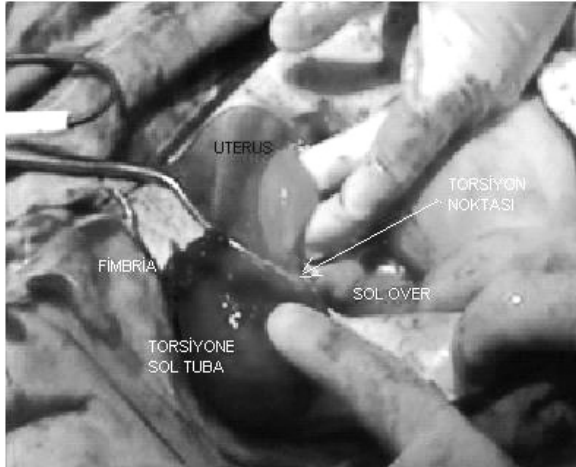
potansiyelinin korunmasına olanak sağlaması bakımından önemlidir (2). Tanının geç konması durumunda, tubal hasar geri dönülmez noktaya gelmektedir. Detorsiyone edilen tubanın ne kadar fonksiyon göreceği tartışmalı olmakla birlikte, tuba tamamen nekrotik olmadığı sürece, koruyucu cerrahi uygulanması benimsenmiştir (2). Bu olgu sunumunda hastanemizde opere edilen bir izole tubal torsiyon olgusu tartışılmıştır.

### OLGU

16 yaşında, daha önce cinsel ilişkisi olmamış adölesan kız hasta hastanemiz acil polikliniğine sol alt kadran ağrısı, bulantı ve kusma şikâyeti ile başvurdu. Yaklaşık 12 saat öncesine kadar asemptomatik olan hasta, ağrı şikâyetinin ani olarak başladığını, giderek güçlendiğini, bulantı ve kusmanın daha sonra

eklendiğini ifade etti. Anamnezinde başka özellik gözlenmeyen hastanın yapılan muayenesinde sol alt kadranda defans ve rebound mevcuttu. Pelvik ultrasonografisinde, sol adneksiyal bölgede yaklaşık 7 cm çapında kitle tespit edildi. Tam kan sayımı, tam idrar tetkiki ve üriner hcg düzeyi normal sınırlardaydı. Hastaya over torsiyonu ön tanısıyla laparotomi planlandı ve operasyon öncesi bilgilendirilmiş onamı alındı. Hasta genel anestezi altında opere edildi. Explorasyon da uterus, sağ tuba ve sağ over normal görünüm ve boyutta idi. Buna karşın sol tubanın sero-hemorajik özellikte sıvı ile dolduğu, 1/3 proksimal bölgede kendi etrafında iki kez torsiyone olduğu ve gangrenöz görünüme sahip olduğu izlendi. Sol over ise normal görünüm ve boyutta idi (**Şekil 1**).

**Şekil 1.** Sol tuba uterinanın izole torsiyonu, intraoperatif görünüm.



Hastaya sol salpenjektomi uygulandı. Histopatolojik incelemede, tubanın nekrotik olduğu ve eşlik eden herhangi bir patoloji olmadığı rapor edildi. Hastanın postoperatif takibinde herhangi bir sorunla karşılaşılmadı. Olgumuzun tubal torsiyon etyolojisinde intrinsek veya ekstrinsek herhangi bir faktör bulunamadı ve spontan olarak geliştiği düşünüldü.

## TARTIŞMA

İzole tubal torsiyon oldukça nadirdir ve tipik olarak reproduktif dönemde görülür. Tubal torsiyon tubanın kendi üzerine katlanmasıyla oluşur ve genellikle kendi üzerine iki kez katlanmış olarak görülür. Erken dönemde venöz dönüşün bozulmasına bağlı olarak adneks

boyutu artmış ve ödemlidir. İlerleyen dönemde arteriyel dolaşım da bozularak hemorajik infarkt ve gangren gelişir. Tanı konulmayan olgularda nekrotik alanın rezorbe ya da kalsifiye olduğu gözlenir. Nekrotik doku mevcutsa, tubanın detorsiyone edilmesi tromboza yol açabileceğinden, mevcut nekrotik dokunun çıkarılması önerilmektedir (6). En sık görülen semptom aynı taraf bel ağrısı ve pelvise yayılan ağrıdır. Bu ağrının şiddeti zamanla artma eğiliminde olup, kasık bölgesine yayılım göstermektedir ve bu bulgulara rebound eşlik edebilmektedir. Bulantı, kusma gibi yakınmalar ve ayrıca urgency gibi üriner şikâyetler bulunabilir (5). Ateş beklenen bir bulgu olmamakla beraber, bazı vakalarda izlenebilir. Laboratuvar bulgusu olarak beyaz küre yükselmesi sıktır fakat her vakada izlenmez (7). Bu belirtilerle gelen hastada öncelikli olarak PID, ektopik gebelik, apandisit, divertikülit, inflamatuvar barsak hastalıkları, böbrek taşı, over kist rüptürü gibi daha sık akut batına neden olan etkenler düşünülmelidir (8). Ultrasonografi ayırıcı tanıda pek yardımcı olmamakla birlikte, renkli doppler ultrasonografi incelemesinde, etkilenmiş olan tüpte, diyastolik ters akım ve yüksek empedanslı dalga formu görülmesinin tanı koydurucu olduğu bildirilmektedir (9). Geç kalınan, muhtemelen dolaşımın tamamen durduğu olgularda bu spesifik doppler bulguları görülmeyebilmektedir.

Doppler ultrasonografide düzgün bir kan akımı olması torsiyon tanısını ekarte ettirmez (10). BT ve MRI pelvik kitleye bağlı alt abdominal ağrı tanısında etkilidir. Ancak tanı preoperatif olarak olguların ancak %20'sinde konulabilirken, kesin tanı genellikle laparotomiye veya laparoskopiyi gerektirir (11). Literatürde yayımlanan vakaların çoğunda torsiyon sağ tubada görülmüş, neden olarak da sol tubanın sigmoid kolona yakınlığı ve daha az mobil oluşu ileri sürülmüştür (8). Bu olguların daha fazla apandisit şüphesi ile opere edilmesinin nedeni de bu özellik olabilir (12). Rekürren tubal torsiyon olgularında nükslerin engellenmesi için tubanın fiksasyonu da önerilmektedir (8). Ancak bu işlem normal pelvik anatomiyi bozmakta ve fimbriya-over ilişkisine zarar verebilmektedir. Ektopik gebelik riskinin artması ve hastanın yeni bir operasyon riski ile karşı karşıya kalması da diğer olumsuz

tarafıdır (2).Olgumuzda sol tubanın geriye dönüşümsüz şekilde hasar gördüğü gözlemlendi ve salpenjektomi yapıldı. Hastamızda olduğu gibi, tanının gecikmiş olduğu olgularda etkilenmiş olan tubanın kaybı söz konusu olmakta ve özellikle genç hastaların gelecekteki fertilitesi etkilenmektedir. Bu nedenle akut abdominal ağrı ve adneksiyal kitle tablosu gösteren genç hastalarda, çok nadir bir olasılık da olsa, ‘tubal torsiyon’un da akla gelmesi ve doppler ultrasonografi uygulanması önerilmektedir (9).

Sonuç olarak, akut başlayan alt karın ağrısının etyolojisinde tubal torsiyon mutlaka düşünülmelidir. Özellikle genç hastalarda konulacak erken tanı ile tubal hasar oluşmadan hastalar operasyona alınabilecektir.

### **KAYNAKLAR**

1- Bland-Sutton J. Salpingitis and some of its effects. *Lancet*.1890;2:1146–8.

2- Raziol A, Mordecchai E, Friedler S, Schachter M, Pansky M, Ron-el R. Isolated recurrent torsion of the fallopian tube. *Hum Reprod*. 1999;14:3000-1.

3- Origoni M, Cavoretto P, Conti E, Ferrari A. Isolated tubal torsion in pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009;116-20.

4- Youssef AF, Fayad MM, Shafeek MA. Torsion of the fallopian tube. A clinico-pathological study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1962;41:292-309.

5- Krissi H, Shalev J, Bar-Hava I. Fallopian tube torsion: laparoscopic evaluation and treatment of a rare gynecological entity. *J Am Board Fam Pract*. 2001;14:274–7.

6- Breitowicz B, Wiebe BM, Rudnicki M. Torsion of bilateral paramesonepric cysts in young girls. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84:199-200.

7- Hibbard LT. Adnexial Torsion. *Am J Obstet Gynecol*. 1985;152:456-61.

8- Milki A, Jacobson DH. Isolated torsion of the fallopian tube. A case report. *J Reprod Med*. 1998;43:836-8.

9- Lineberry TD, Rodriguez H. Isolated torsion of the fallopian tube in ana adolescent: A case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2000;13:135-8.

10- Rha SE, Byun JY, Jung SE, Jung JI, Choi BG, Kim BS, Kim H, Lee JM. CT and MR imaging features of adnexal torsion. *Radiographics*. 2002;22:283-94.

11- Comerci G, Colombo FM, Stefanetti M, Grazia G. Isolated Fallopian tube torsion: a rare but important event for women of reproductive age. *Fert Steril*. 2008;90:1198e23–e25.

12- Richard HM 3rd, Parsons RB, Broadman KF, Shapiro RS, Yeh HC. Torsion of the fallopian tube: progression of sonographic features. *J Clin Ultrasound*. 1998;26:374-6.

