

Case Report / Olgu Sunumu

Torsiyone Dev Overyan Kitleli Olgularda Over Koruyucu Cerrahi

Yeşim BAYOĞLU TEKİN¹, Ülkü METE URAL¹, İbrahim ŞEHİTOĞLU²,
Emine Seda GÜVENDAĞ GÜVEN¹, Figen KIR ŞAHİN¹

- ¹ Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Rize
- ² Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Rize

Corresponding Author:

Dr. Yeşim Bayoğlu TEKİN

Address:

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dekanlığı, İslampaşa mah, 53020, Merkez Rize

E-mail: yesimbay@yahoo.com

Başvuru Tarihi/Received :

18-11-2014

Kabul Tarihi/Accepted:

13-01-2015

Torsiyone dev overyan kitleli olgularda over koruyucu cerrahi

Özet:

Torsiyone overyan kitleler nadir görülen jinekolojik cerrahi acillerdendir. Genellikle genç yaşlarda görülürler ve tedavide salpingooferektomi uygulanır. Ancak genç hastalarda tek overin alınması gelecekteki fertiliteye önemli miktarda zarar vermektedir. Son yıllarda yayınlanan pek çok olgu serilerinde torsiyone over kistlerinde over koruyucu cerrahi uygulanmasının komplikasyon oranının az olduğunu ve organ kaybını engellediği görülmektedir. Çalışmamızda overyan torsiyon nedeniyle laparotomiye alınan ve over koruyucu cerrahi uygulanan reproduktif çağda dev overyan kitleli 3 olgu sunulmuş ve bu olguların ışığında literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler: overyan torsiyon, over koruyucu cerrahi

Ovarian sparing surgery in cases of giant torsioned ovarian masses

Abstract:

Ovarian torsion is a rare gynecological emergency. Ovarian torsion is often seen in reproductive ages and salpingoophorectomy is performed for the treatment. However, surgically excision of one of the ovaries early in life causes severe damage to the future fertility. Many case series that were published recently, has been shown low complication rate of ovarian sparing surgery at ovarian torsion and have been preserved from the organ loss. In this study we presented 3 cases at young ages with giant torsioned adnexal masses managed by ovarian sparing surgery at laparotomy and revised the literature in the light of these cases.

Key Words: ovarian torsion, ovarian sparing surgery.

GİRİŞ:

Overyan torsiyon (OT) overin parsiyel ya da tam olarak vaskuler yapısı etrafında dönmesi ile oluşan nadir bir jinekolojik cerrahi acildir ve tüm jinekolojik cerrahi aciller içinde %2.7 oranında görülür (1). Genellikle genç fertil dönemde görülmekle birlikte çocukluktan postmenapozal döneme kadar her hangi bir yaş grubunda da gelişebilmektedir (2).

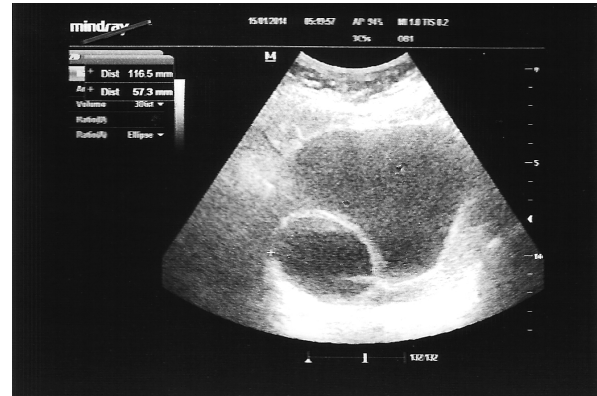
Klinik semptomlar nonspesifiktir ve tanı genellikle şüpheye dayanılarak konulur. Akut abdominal ağrı, bulantı kusma, abdominal hassasiyet en sık görülen şikâyetlerdir. Ayrıca tanıda ektopik gebelik, over kistleri, pelvik kitleler, jinekolojik enfeksiyonlar, renal kolik, akut apandisit ve gastrointestinal komplikasyonlar gibi pek çok cerrahi ve dahili acil gözden geçirilmelidir. Laboratuvar bulguları olarak hafif lökositoz görülebilir ama tanıda yeri tartışmalıdır. Eğer torsiyondan şüpheleniliyorsa overin korunması için cerrahi geciktirilmeden uygulanmalıdır.

Bu çalışmamızın amacı torsiyone olmuş dev overyan kitlesi olan ve over koruyucu cerrahi ile tedavi edilen üç olguyu sunmak ve bu olguların ışığında tanı ve tedavi algoritmalarını gözden geçirmektir.

OLGU SUNUMLARI:

Olgu 1: 24 yaşındaki hasta karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. 3 ay önce normal vajinal doğum yapan hastanın laktasyonu devam etmekte ve doğumdan sonra adet görmedi. Yapılan muayenesinde batında defans ve rebound mevcut ayrıca pelvisi dolduran solid, düzgün yüzeyli kitle palpe edildi. Laboratuvar tetkiklerinde WBC:4900 mm³, Hb:14.8 g/dL, Hct:43.2%, Plt:188000 mm³, CA 125:11.1 U/mL, CA 19-9:19.8 U/mL, CA 15-3:19.1 U/mL olarak tespit edildi. Yapılan ultrasonografide (USG) sol overde 80x70 mm boyutlarında yaklaşık 45 mm çaplı ekojen alan içeren kapsüllü semi-solid kitle izlendi. Hasta laparotomiye alındı ve sol over kaynaklı infundibulopelvik ligaman etrafında 360° dönmüş mavi- mor renkli ödemli 90x85 mm boyutlarında adneksiyel kitle izlendi. Kistektomi uygulanarak frozena gönderildi ve matür kistik teratom olarak rapor edildi. Hasta postoperatif (po) ikinci günde taburcu edildi. Bir ay sonra yapılan ultrasonografisinde overde çok sayıda antral follikül izlendi ve over parankiminde kan akımı saptandı.

Olgu 2: Karın ağrısı ve konstipasyon şikayeti ile acil servise başvuran 25 yaşında bekâr hastanın USG'de mesane superiorunda orta hatta izlenen 108x96 mm çapında multilokule kistik kitle tespit edildi (Şekil 1). Laboratuvar tetkikleri WBC:16000 mm³, Hb:14.8 g/dL, Hct:42.8%, Plt:230000 mm³, CA 125: 11.7 U/mL, CA 19-9: 2.55 U/mL, CA 15-3: 8.0 U/mL, CEA: 1.47 U/mL olarak saptandı. Laparotomiye alınan hastanın yapılan gözlemde batın içinde 200 cc serbest sıvı ve pelvisi dolduran ve umblikusa kadar uzanan 150x120 mm boyutlarında sol over kaynaklı etrafında 720° dönmüş mavi-mor renkli düzgün kapsüllü kistik oluşum izlendi (Şekil 2). Kistektomi uygulanarak frozena gönderildi ve müsinöz kistadenom olarak rapor edildi. Olgu po 3. günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Bir ay sonra yapılan ultrasonografide over parankiminde kanlanmanın mevcut olduğu ve 2-3 adet antral follikülün geliştiği görüldü.

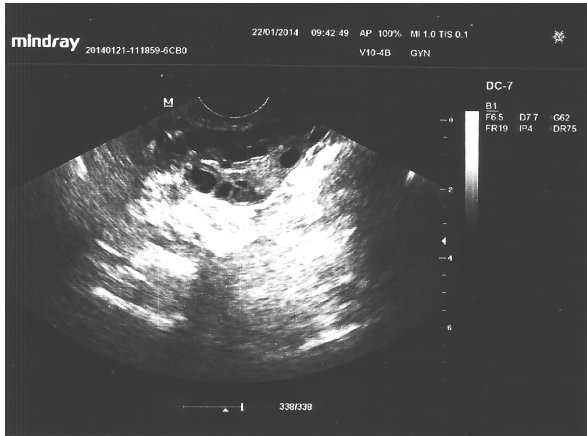


Şekil 1: Olgu 2: Torsiyone müsinöz kistadenom



Şekil 2: Torsiyone dev adneksiyel kitlenin intraoperatif görüntüsü.

Olgu 3: 18 yaşındaki hasta dismenore şikayeti ile acil servise başvurdu. Adetinin 4. gününde olan hasta önceki aylara göre dismenore şikayetinin daha uzun sürdüğünü ve daha şiddetli olduğunu ifade etti. Abdominal muayenesinde rebound ve defans tespit edildi. USG’de tüm pelvisi dolduran 100x90mm boyutlarında buzlu cam görünümünde ekojenitesi olan pelvik kitle saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde WBC:16500 mm³, Hb:12.1 g/dL, plt:250000 mm³ olan hasta klinik ve laboratuvar bulgularının ışığında OT tanısıyla acil laparotomiye alındı. Gözlemde sağ overden kaynaklı infundibulopelvik ligaman etrafında iki tur dönmüş olan 100x100 mm boyutlarında mavi-mor renkli frajil kistik yapı gözlemlendi ve kistektomi uygulandı. Hasta po 3 günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Histopatolojik değerlendirme müsinöz kistadenom olarak rapor edildi. Operasyon sonrası düzenli adet gören hastanın po 3. ayda over parankiminde 7-8 adet antral follikül izlendi (Şekil 3).



Şekil 3: *Olgu 3: Operasyondan 3 ay sonra over parankiminde folliküler aktivite.*

TARTIŞMA:

Benign kistik tümörler, özellikle dermoid ve müsinöz kistler en sık torsiyone olan overyan kitlelerdir (3). Kitlenin ağırlığı utero-ovaryan bağların uzamasına ve torsiyonun kolaylaşmasına sebep olur. Genellikle infarkt ve nekroz gelişir ve salpingoofarektomi ile tedavi edilir. Eskander ve ark. (4) OT nedeniyle cerrahi uygulanan adölesan hastaların %39.5’ine over koruyucu cerrahi uygulandığını bildirmişlerdir. Ancak overin makroskopik görüntüsü iskemik derecesi ile

korele değildir. Komplet arteriyel obstrüksiyon genellikle nadirdir, adneksin ödemli mavi renk alması torsiyona bağlı olarak gelişen venöz ve lenfatik staza bağlı olarak gelişmektedir. Doppler USG ile overe giden venöz ve arteriyel kan akımının saptanmaması tanı koydurucu olsa bile overe giden kan akımının saptanmaması canlı olmayan over dokusunun kanıtı değildir.

Ultrasonografi OT neden olan kitlenin yapısının belirlenmesinde, over dokusundaki ödemin tespitinde, Doppler USG ise intra-ovaryan kan akımının saptanmasında kullanılır ve tanıyı güçlendirir. Ancak USG bulguların çoğu geç ortaya çıkar ve sensitiviteyi düşüktür. Çünkü torsiyone olmasına rağmen over dokusu canlılığını sürdürebilmektedir. Ultrasonografi primer olarak overyan kitlenin tespitinde kullanışlı olsa da OT tanısını koymakta klinik bulguların yanında tanıyı desteklemek için kullanılmalıdır. Ayrıca, Dopplerin kan akımını göstermedeki yüksek yanlış pozitiflik oranı daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir. CT ya da MRI’nin ultrasonografiye göre tanı koymada yeri kısıtlıdır ve kullanılmaları önerilmemektedir. Klinik bulgular ve görüntüleme yöntemlerine rağmen bazen OT tanısı intraoperatif konulabilmekte ve tanı konulmasına kadar geçen süre 1 ile 3 gün arasında değişmektedir.

OT ile prezente olan ve gelecekte fertilité beklentisi olan genç kadınlarda eğer altta yatan bir maligniteden şüphelenilmiyorsa tedavi olarak dönmüş adneksin laparoskopi ile detorsiyone edilerek overin korunması önerilmektedir (5). Detorsiyon işlemine bağlı tromboemboli riski bildirilmiş olmasına rağmen literatürde yer alan pek çok olgu serilerinde bu komplikasyona rastlanmamıştır (1,6,7). Ayrıca overin siyah-mavi iskemik görüntüye sahip olması da iskemi için kriter değildir.

Son yıllarda OT yönetiminde laparotomi yerine daha az agresif bir yöntem olan laparoskopi uygulanmakta ve iskemik overe daha az zarar vermek için tedavi iki aşamalı olarak planlanmaktadır (Tablo 1) (8-10). İskemik over üzerindeki travmayı azaltmak için kistektomi prosedürünün second-look laparoskopide yapılması önerilmektedir (7). Laparoskopik detorsiyon işleminde ödematöz, frajil ve iskemik adneks manüplasyon sırasında atravmatik forseps kullanılarak işlemin nazikçe yapılması, travmadan kaçınılması önerilmektedir (7).

| Tablo 1: Adneksiyel torsiyonla ilgili çalışmalar. | | |
|---|-------------|--|
| Referans | Olgu sayısı | Sonuç |
| Wang(6) | 28 | 5-8 cm arası kitlelerde %75 oranında laparoskopik over koruyucu cerrahi |
| Cohen(7) | 102 | Laparotomi (n:35) % 60 detorsiyon kistektomi Laparoskopi (n:67) %17 detorsiyon kistektomi |
| Oelsner(8) | 102 | Detorsiyon ile %93 başarı |
| Galinier(9) | 45 | Over boyutu: <75 mm laparoskopik detorsiyon, sonrasında kistektomi >75 mm laparotomi |
| Balci(10) | 150 | Laparotomi oranı %61 Laparotomi yapılan olgularda over kistleri anlamlı oranda büyük (ortalama kitle boyutları 11.9±6.9 cm) |

OT nadir görülen jinekolojik acil olmasına rağmen sıklıkla genç hasta grubunda görülmesi hastaların gelecekte fertilitate isteklerinin olması nedeniyle overin korunması önem taşımaktadır. Uygulanacak cerrahi yöntem cerrahın becerisine, ameliyathane şartlarına, kitlenin büyüklüğüne bağlı olarak değişmektedir. Overyan kitlenin boyutunun 75 mm üzerine çıkması laparoskopik yönetimi zorlaştırmaktadır (9). Büyük adneksiyel kitlelerde yönetimin laparotomi ile yapılması ve aynı seansta detorsiyonla birlikte kistektomi uygulanması uygun bir yaklaşım olarak görülmektedir.

Çalışmamızda OT ile laparotomiye alınan ve over koruyucu cerrahi uygulanan genç hastalarının tümünde kitle boyutları 75 mm

üzerinde tespit edilmiştir. Olguların takibinde tromboembolik komplikasyon gözlenmemiştir. Hastalarda yaklaşık 4 hafta içinde ovulatuvar aktivitenin başladığı ve over dokusunda kan akımının mevcut olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak; torsiyone dev overyan kitle saptanan genç ve fertilitate beklentisi olan hastalarda eğer malignite öngörülüyor ise kitlenin iskemik dış görünümüne bakılmaksızın over koruyucu cerrahi yapılması uygun bir yaklaşım olarak görülmektedir. Over fonksiyonlarının iskemi sürecinden bağımsız olarak operasyon sonrasında kısa sürede geri döndüğü görülmektedir. Operasyonun laparoskopik ya da laparotomi ile gerçekleştirilmesi kitlenin büyüklüğü ile yakın ilişkilidir.

KAYNAKLAR

1. Descargues G, Tinlot-Maugner F, Gravier A, et al. Adnexal torsion: a report on forty five cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2001 ;98:91-6.
2. Houry D, Abbott JT. Ovarian Torsion: a fifteen – year review. Ann Emerg Med. 2001 ;38:156-9.
3. Hibbard LT. Adnexal torsion. Am J Obstet Gynecol. 1985 ;152:456-61.
4. Eskander RN, Bristow RE, Saenz NC, et al. A retrospective review of the effect of surgeon specialty on the management of 190 benign and malignant pediatric and adolescent adnexal masses. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2011 ;24:282-5.
5. Kamprath S, Possover M, Merker A, et al. Laparoscopic adnexal preservation in a patient with complete torsion--a case report. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1998 ;78:113-5.
6. Wang Y, Xie Y, Wu X, et al. Laparoscopic management of pedicle torsion of adnexal cysts. Oncol Lett. 2013 ;5:1707-9.
7. Cohen SB, Wattiez A, Seidman DS, et al. Laparoscopy versus laparotomy for detorsion and sparing of twisted adnexa. JSLS. 2003 ;7: 295-9.
8. Oelsner G, Bider D, Goldenberg M, et al. Long-term follow-up of the twisted ischemic adnexa managed by detorsion. Fertil Steril 1993;60:976-9.
9. Galinier P, Carfagna L, Delsol M, et al. Ovarian torsion. Management and ovarian prognosis: a report of 45 cases. J Pediatr Surg. 2009 ;44:1759-65.
10. Balci O, İcen MS, Mahmoud AS, et al. Management and outcomes of adnexal torsion: a 5 year experience. Arch Gynecol Obstet. 2011 ;284:643-6.