

Gebelikte nadir bir akut batın vakası: miyom torsiyonu

A rare acute abdomen case in pregnancy: myoma torsion

Kemal Dinç¹, Tekin Ekinci¹, Barış Çıplak¹, Rezzan Erguvan Önal², Mustafa Şahin³

¹Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Malatya, Türkiye

²Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, Malatya, Türkiye

³Hitit Üniversitesi, Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Biyokimya Bölümü, Çorum, Türkiye

ÖZ

Gebelikte akut karın bugün en zorlu tanı ve tedavi ikilemelerinden biri olmaya devam etmektedir. Karın ağrısı obstetrik nedenlerle olabileceği kadar karın içi organlar nedeniyle de gelişebilmektedir. Gebelikte miyom dejenere olarak, saplı miyomun torsiyone olmasıyla veya kitle etkisine bağlı uterusun torsiyonuna yol açarak ağrıya yol açabilir.

Bu olgu sunumunda eski sezaryenli gebede gelişen karın ağrısının obstetrik bir acil mi yoksa cerrahi bir acil mi ayrımı yapılmasının zorluğu tartışılmıştır. Mukerrer sezaryenli G3 P2 olan 38 yaşında hasta, gebelik haftasında karın ağrısı ile başvurdu. Fizik muayenede batında yaygın hassasiyet mevcuttu. Ultrasonografi de her iki over normal olarak değerlendirildi. Plesanta dekolmanı ön tanısı ile sezaryen uygulandı. İntraoperatif gözlemlerde uterus sağ kornual yüze yakın ince pediküllü subserozal miyomun torsiyone olduğu tespit edildi. Hastaya sezaryen sırasında miyomektomi uygulandı.

Anahtar Kelimeler: Gebe, akut batın, torsiyone miyom

ABSTRACT

Acute abdomen in pregnancy continues to be one of the most challenging diagnosis and treatment dilemmas today. Abdominal pain can develop due to intra-abdominal organs as well as obstetric causes. In pregnancy, the myoma can degenerate, cause myometrium to become torsion, or it can cause pain by causing massive torsion of the uterus. In this case report, it is discussed the difficulty of differentiating abdominal pain from an old cesarean section with an obstetric emergency or a surgical emergency. A 38-year-old patient with recurrent cesarean section with G3 P2 presented with abdominal pain during pregnancy week. There was widespread sensitivity to physical examination. Both ovaries were normal with ultrasonography. Cesarean was applied with the preliminary diagnosis of placenta decollement. Intraoperative observation revealed that the uterus was subserosal myomatous torsion with a fine pedicle near the right coronal surface. The patient underwent myomectomy during cesarean section.

Keywords: Pregnancy, acute abdomen, torsion myoma

Sorumlu Yazar: Kemal Dinç, Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, 44000, Malatya, Türkiye

E-posta: dr.kemaldinc@hotmail.com

Geliş Tarihi: 18.04.2018 **Kabul Tarihi:** 11.06.2018

Corresponding Author: Kemal Dinç, Malatya Training and Research Hospital, Department of Obstetric and Gynecology, 44000, Malatya, Turkey

E-mail: dr.kemaldinc@hotmail.com

Received: 2018.04.18 **Accepted:** 2018.06.11

GİRİŞ

Gebelikte akut karın bugün en zorlu tanı ve tedavi ikilemelerinden biri olmaya devam etmektedir. Gebelik sırasında akut karın insidansı 500-635 gebelikte 1'dir. Tıbbi teknolojideki ilerlemelere rağmen, preoperatif akut karın durumu tanısı hala zordur (1). Gebelikte anatominin ve fizyolojinin değişmesi nedeniyle, hekimler akut batın tablosunun tanı ve tedavisinde zorluk yaşarlar. Karın ağrısı obstetrik nedenlerle olabileceği kadar karın içi ve pelvis içi organlar nedeniyle de gelişebilmektedir. Gebelikte nadir akut karın nedeni olarak miyom torsiyonu olgusu literatür eşliğinde tartışılmıştır. Obstetrik komplikasyonların çoğu önceden tahmin edilemez, dolayısıyla komplikasyonlu gebelikler önceden tespit edilmeye çalışılarak gerekli tedbirler alınmalı, anne fetus ile birlikte değerlendirilerek maternal ve fetal morbidite ve mortalite en aza indirilmeye çalışılmalıdır (2).

Tanı ve tedavide hem fetus hem de anne hayatı önem taşır. Erken tanı ve tedavinin uygulanması hem anne hem de fetus açısından oldukça önemlidir.

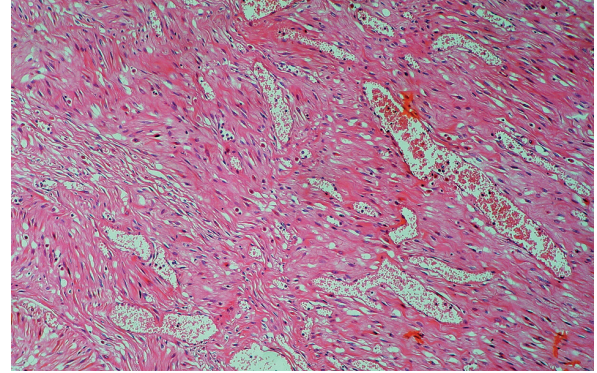
OLGU SUNUMU

Hastaya durumu hakkında bilgi verilerek hem jinekolojik hem de obstetrik patoloji olabileceği anlatılarak aydınlatılmış onam formu alındı.

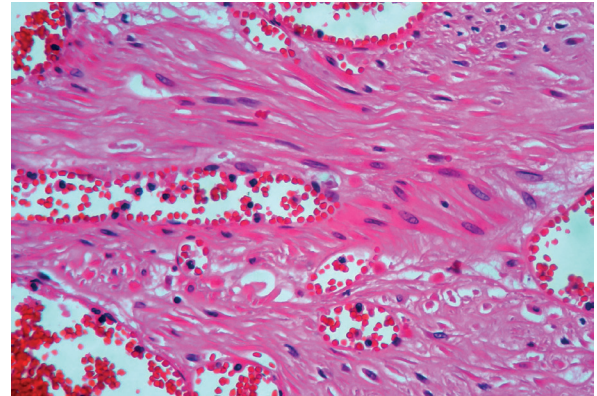
Otuz sekiz yaşında hasta G3 P2 (2 kez sezaryen), 35. gebelik haftasında karın ağrısı ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Fizik muayenede batın sağ kadranda defans ve rebound yoktu. Non stres teste (NST) reaktif kontraksiyon izlenmedi. Vajinal muayenede serviks ve vajina normal olarak izlendi. Tam kan sayımında lökosit 18,790 /mm³, nötrofil %88, hemogloblin 13,1 g/dl, hematokrit %39 olarak bulundu. Tam idrar analizinde özellik tespit edilmedi. Batın ultrasonografisinde (USG) 35 hafta ile uyumlu canlı intrauterin tekil gebelik izlendi. Transvajinal USG'de, serviks 32 mm uzunlukta ölçüldü, her iki overin normal boyut ve yapıda olduğu tespit edildi. Hasta izlem amacıyla servise yatırıldı. İntravenöz hidrasyon yapıldı. Eski sezaryen olan hastanın şikâyetlerinin azalmaması üzerine dekolman gibi acil obstetrik patolojiler olabileceği düşünülerek acil sezaryen kararı alındı. Operasyon sonrası 2430 gram, canlı, sağlıklı bir kız bebek doğdu. Eksplorasyonda sağ parakolik alanda minimal sıvı saptandı. Sağ over ve tubanın, retroçekal yerleşimli, appendiksin normal olduğu görüldü. Uterus korpusundan kaynaklanan, kendi pedikülü çevresinde dönerek strangüle olmuş, 8x7 cm boyutunda, mor renkli, subserozal miyom izlendi (**Resim 1**).



Resim 1. Myomektomi öncesi subseroz torsiyone myom görünümü



Şekil 2A. Düz kas hücrelerinden meydana gelen benign tümör oluşum ve arada konjesyone damar yapıları (H.Ex10)



Şekil 2B. Şekil 2A'deki alanın daha yakın görünümü (tümörde yer yer apoptotik hücreler dikkati çekmektedir) (H.Ex40)

Hastaya sezaryen sırasında miyomektomi uygulandı. Patolojik incelemede ağır venöz dolaşım yetersizliğine neden olmuş akut torsiyone leiomyom bulguları tespit edildi (**Şekil 2A, B**). Postoperatif takiplerinde herhangi bir patoloji izlenmedi.

TARTIŞMA

Gebelikteki gerek fizyolojik değişiklikler gerek akut karın tablosu ile gelen hastalarda fizik muayene bulgularının, laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinin sonuçlarını değiştirmesi ayrıca obstetrik komplikasyonların çoğunun önceden tahmin edilemez olması nedeniyle tanısal güçlükler yaşanmaktadır. Gebelikte akut batın insidansı 500-635 olguda 1 olarak bildirilmiştir. Karın ağrısı nedenleri gebelerde, obstetrik ve obstetrik dışı olmak üzere sınıflandırılabilir. En sık nedeni akut apandisit olup akut batın nedeni ile cerrahi yapılan olguların %25-30 unu oluşturmaktadır (3). Obstetrik dışı nedenler içinde intestinal obstruksiyonlar ikinci sırada yer almaktadır. Akut kolesistit, kolelitiazis, inflamatuvar barsak hastalıkları, peptik ülser, akut pankreatit, gebeliğin akut yağlı karaciğeri ve ağır preeklampsi diğer karın ağrısı nedenleridir. Obstetrik karın ağrısı nedenleri ise spontan düşükler, ektopik gebelik, over kistleri, miyom dejenerasyonu, erken doğum, plasental ablasyon, korioamnionitis, uterin rüptür, adneksiyal torsiyon olarak sayılabilir. Karın ağrısı olan gebelerde tanısal görüntüleme yöntemi olarak USG güvenli olması nedeniyle öncelikle tercih edilmelidir. Ancak, uterusun büyümesi nedeniyle intraabdominal organlar yer değiştirebilir ve USG ile görüntülenmeleri zorlaşabilir ve gebelikte duyarlılığı azalır (4). Akut batın ve pelvik ağrı ile başvuran gebelerde multiplanar multisekans manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sonuçları, tıbbi izlem ve cerrahi sonrası tanımlar ile karşılaştırıldığında yüksek doğruluk oranları bildirilmiştir (5). Uterus leiomyomları üreme çağında sık rastlanılan düz kas tümörleridir. Günümüzde, ortalama anne yaşının ilerlemesiyle, miyom ile komplike gebelik takibi daha sık karşımıza çıkmaktadır. Gebelikte miyoma bağlı en sık karın ağrısı etkeni büyük miyomlarda hemorajik enfarkt gelişmesidir. Bu durum ağrı, bulantı, kusma ve hafif ateş oluşturabilir. Miyomlar boyut ve yerleştikleri konuma göre tekrarlayan gebelik kaybına, erken doğuma, fetal malpozisyona, doğum kanalının obstruksiyonuna, postpartum kanamaya neden olabilirler. Miyomun submukozal yerleşimli olması, plasenta ile komşuluk göstermesi, 200 cm³ ten büyük olması plasenta dekolmanı için risk faktörü olarak kabul edilebilir (4). Subserozal miyomlar daha az sıklıkla pedinküllü hale gelebilirler ve nadiren torsiyon ile sonuçlanırlar (7). Rotasyon ve torsiyon

yapabilmesi için miyom pedinkülünün ince ve uzun olması gerekmektedir. Gebelikte akut batına neden olabileceği gibi puerperiumda da bağırsak basısı oluşturarak cerrahi karın ağrısı ve ileusa yol açabileceği bildirilmiştir (8). Enfarkt ve nekroz bulguları varlığında miyomektomi gebelikte seçilecek tedavidir. Gebelik haftası uygun olgularda laparoskopi de tercih edilebilir. Miyom torsiyonu gebelikte nadir bir akut batın nedenidir.

SONUÇ

Gebe bir kadında meydana gelen fizyolojik ve anatomik değişiklikler hem obstetrisyenleri hem de cerrahları tanı koymada ve tedaviye karar verme konusunda işlerini oldukça zorlaştırmaktadır. Tanı amaçlı yapılacak işlemlerin gebelikte fetus üzerine olumsuz etki yapabileceğinden dolayı endikasyonlar dikkatli bir şekilde gözden geçirilmelidir. Zamanında konulan tanı ve tedavi hem anne hemde fetus açısından çok değerlidir. Atlanılan bir tanı maternal morbitide, mortalite, fetal kayıp ve erken doğum riskine sebep olabilir. Akut batın düşünülen gebe bir kadına multidisipliner bir yaklaşım içinde olunmalı, obstetrisyen ile cerrah beraber hareket etmeli gerekirse diğer branşlardan ek konsültasyonlar istenmelidir.

MADDİ DESTEK VE ÇIKAR İLİŞKİSİ:

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur ve yazarların çıkara dayalı bir ilişkisi yoktur.

KAYNAKLAR

1. Öztürk HB, Selam B, Demirel C, Ergin T, Lembet A. Gebelikte akut karın nedeni olarak miyom torsiyonu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 1: 54-6.
2. Gezginc K, Dalkılıç EU. Obstetrik acillere yaklaşım. *JAEM* 2011; 10: 128-32.
3. Augustin G, Majerovic M. Non obstetrical acute abdomen during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; 131: 4-12.
4. Kennedy A. Assessment of acute abdominal pain in the pregnant patient. *Semin ultrasound CT MR* 2000; 21: 64-77.
5. Birchard KR, Brown MA, Hyslop WB, Firat Z, Semelka RC. MRI of acute abdominal and pelvic pain in pregnant patients. *AJR Am J Roentgenol* 2005; 184: 452-8.
6. Exacoustós C, Rosati P. Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 97-101.
7. Tsai YJ, Yeat SK, Jeng CJ, Chen SC. Torsion of a uterine leiomyoma. *Taiwanese J Obstet Gynecol* 2006; 45: 4.
8. Mickel I, Bollmann R, Chaoui R, Lau HU. Torsion of the myoma pedicle as a rare cause of ileus in puerperium. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1995; 55: 721-3.