

Olgu Sunumu – Case Paper

**ADÖLESAN YAŞ GRUBUNDA İZOLE TUBAL TORSİYONUN LAPAROSKOPİK
DETORSİYONU
LAPAROSCOPIC DETORSIONED OF INSULATING TUBAL TORSION IN
ADOLESCENT AGE GROUP**

Yusuf Atakan BALTRAK¹

Geliş Tarihi (Received Date) :16.07.2018
Kabul Tarihi (Accepted Date) :21.09.2018
Basım Tarihi (Published Date): 28.09.2018

Özet

İzole tubal torsiyon çocuklarda ve adölesan yaş grubunda oldukça nadir bir durumdur. Akut karın ağrısının önemli bir nedenidir ve tanıda sıklıkla akut apandisit ve over torsiyonu ile karıştırılır. USG ve Doppler preoperatif tanıda yardımcı olabilir. Tanı esas olarak laparoskopi ile konulur. Bu olgu sunumu ile izole tuba torsiyonu eşliğinde over torsiyonlarının laparoskopik detorsiyon tedavisi tartışılması amaçlanmıştır. Laparoskopi ile erken tanı torsiyone olmuş iskemik adneksin revaskülarizasyon şansını artırır. Adneksiyel torsiyonun laparoskopik detorsiyonu çocuk yaş grubundaki hastalarda tubanın ve fertilitenin korunması için ilk tercih olabilir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, tuba torsiyon

Abstract

Isolated tubal torsion is in children and adolescents a very rare condition. It is an important cause of acute abdominal pain and it is often confused with acute appendicitis and over torsion in the diagnosis. USG may be helpful in preoperative diagnosis. The diagnosis is mainly made by laparoscopy. The aim of this case report was to discuss laparoscopic detorsiontherapy of overtours in the presence of isolated tubal torsion. Early diagnosis with laparoscopy increases the chances of revascularization of ischemi adnex a with torsion. Laparoscopic detorsion of the adnexal tortion may be the first choice for the protection of the tubular and fertility in children age group.

KeyWords: Laparoscopy, tuba torsion

1.GİRİŞ

İzole tubal torsiyon adneksiyel elemanların kendi etrafında dönmesi ile oluşmaktadır. Çoğunlukla over ve fallop tüpü broad ligamentin etrafında dönmektedir. Daha az sıklıkla yalnızca over, mezovaryum etrafında ve nadir olarak yalnızca fallop tüpü mezo salpenks etrafında dönebilir. İzole tubal torsiyon insidansı ise yaklaşık olarak 1/1,5 milyondur (Lee vd., 1967, ss. 974-977). Klinik olarak ilk semptom karın alt kadranda şiddetli ağrıdır. Başlangıç anidir ve birkaç saat sonra kötüleşecek şekilde, aralıklı olarak devam eder. Ağrı genellikle böğüre ve kalçaya yayılmakla birlikte, torsiyonun olduğu tarafta lokalize dir. Ağrıya sıklıkla bulantı ve kusma eşlik eder (Barisic vd., 1999, ss. 99-100). Tanı esas olarak laparoskopi ile konulur. Ancak renkli Doppler ultrasonografi (USG) preoperatif tanıda yardımcı olabilir. Doppler USG’de dilate tüp duvarında ya ters diyastolik akım ya da hiç akım izlenmezken aynı taraftaki over dokusunda normal kan akımı görülebilir (Baumgartel vd., 1996, ss. 367-370). Torsiyon normal Doppler USG temel alınarak dışlanmamalıdır. Bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans görüntüleme komplike olgularda veya tam olmayan ya da kronik torsiyon olgularında yardımcı olabilir. Tedavide tubanın laparoskopik detorsiyonu adölesan yaş grubu hastalarda ilk tercih olabilir. Bu olgu sunumu ile çocuk yaş grubunda nadir görülen izole tubal torsiyonun laparoskopik detorsiyonu sunulmuş ayrıca bu konu ile ilgili literatür bilgileri incelenmiştir. Bu olgu sunumu için hastanın ailesine çalışma hakkında bilgi verilerek bilgilerin çalışmada kullanılması hakkında onamı alınmıştır.

On üç yaşında kız hasta, 6 saat önce ani başlangıçlı kasık ağrısı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Bulantı kusması olmayan hastanın ağrısı aralıklı olarak sol alt kadranda devam etmekteydi. Yapılan fizik muayenede defans ve rebound yoktu ancak sol adneksiyel alanda hassasiyeti mevcuttu. Transabdominalve Pelvik Doppler USG uterus normal boyutlarda, sol over polikistik ve sol adneksiyel alanda 41 x 50 x 35 mm heterojen ekojenitede kistik kitle izlendi. Kitlenin renkli Doppler USG incelenmesinde akım yoktur şeklinde raporlandı.

2. OLGU

Hastanın vital bulguları stabil olup, hemogram, biyokimyasal tetkikler, tümör belirteçleri, akut faz reaktanı ve idrar tahlili normaldi.

Hastaya over torsiyonu ön tanısı ile diagnostik laparoskopi kararı verildi. Pnömoperiton sağlandıktan sonra gözlemde uterus normal olarak izlendi. Sağ tuba normal yapıdaydı. Sol tuba ve over izole şekilde iki kez kendi etrafında torsiyone olmuş, ödemli, gangrenöz görünümdeydi. Laparoskopik olarak tuba detorsiyone edildi, detorsiyon işlemi sonrası tubadaki renk değişikliği

normale döndü (Resim 2). Postoperatif erken dönemde sorunu olmayan hastaya postoperatif 1. günde yapılan renkli Doppler USG’de daha önce akım izlenmeyen sol over ve komşuluğundaki tubada normal akım paterni alındı. Hasta takip amaçlı poliklinik kontrolü önerilip taburcu edildi.



Resim 1:Torsiyone sol tuba ve over



Resim 2: Detorsiyon sonrası over ve tuba

3. TARTIŞMA

Adölesan yaş grubunda izole tubal torsiyon nadir görülen bir durumdur ve bu konu ile ilgili az sayıda yayın bulunmaktadır (Lima vd., 2011, ss. 27-29) Daha önceki yıllara ait yayınlarda tubal torsiyonu olan olgularda düzeltilen torsiyondan trombüs salınımı ve buna bağlı emboli olasılığına karşın genellikle adneksktomi yapılmıştır. McGovern vd. (1999, ss. 601-608), yaklaşık 1000 torsiyon olgusunu değerlendirmişler ve olguların yalnızca %0,2’sinde pulmoner emboli geliştiğini raporlamışlardır. Pulmoner emboli adneksin çıkarılması ile birlikte olup, hiçbiri pedikülün konservatif olarak düzeltilmesi ile ilişkili bulunmamıştır. Zweizig vd. (1993, ss.1791-1795) 94 adneksiyel torsiyon olgusunu değerlendirdikleri çalışmalarında detorsiyon

uygulanan hastalar ile adnekspektomi yapılan hastalar arasında morbidite açısından bir fark bulunmamıştır. Bu nedenle genellikle adneksin detorsiyonu önerilmektedir. İzole tuba torsiyonu tedavisi primer olarak eksploratif laparotomi veya laparoskopik cerrahidir. İzole tuba torsiyonunda herhangi bir kontrendikasyon yok ise laparoskopi sadece iyi bir tanı aracı değil ayrıca tedavi edici bir yaklaşımdır. Operasyon sırasında tubanın görünümüne, hastanın yaşına ve fertilitite durumuna bağlı olarak detorsiyon yapılabilir (Gross vd., 2005, ss. 1590-1592). Torsiyonun düzeltilmesinden sonra, dakikalar içerisinde konjesyon hafifler, siyanoz tipik olarak azalır. Ancak siyanozun devam etmesi nekroz için patognomik değildir. Cohen vd., (1999, ss.139-143) 54 olguda detorsiyonu izleyerek, görünümülerinden bağımsız olarak korudukları adneksleri değerlendirmişlerdir. Olguların %95'inde işlevsel devamlılık ve sonrasında başarılı gebelik bildirmişlerdir. Torsiyone tubanın detorsiyonu, tedavinin amacıdır ancak nadiren de olsa nekroz gerçekleşebilir, bu nedenle postoperatif dönemde yüksek ateş, lökositoz, peritoneal bulgular dikkatlice incelenmelidir. Detorsiyon sonrası adneksin izlemi konusunda fikir birliği yoktur. Konservatif tedavi arttıkça torsiyonun tekrarlama riski de artacaktır. Bu durumu azaltmak içinde tek taraflı ya da iki taraflı ooforopekti tanımlanmıştır (Mazouni vd., 2005, ss. 102-106). Yapılmış olan çalışmalarda da görülmüştür ki detorsiyon sonrası pulmoner emboli oldukça nadirdir, ayrıca adneksin çıkarılması ile de gerçekleşebilmektedir. Sonuç olarak, çocuk yaş grubunda tubal torsiyon olgularında laparoskopik detorsiyon tubanın ve fertilitenin korunması açısından tercih edilebilir.

4. KAYNAKÇA

- Barisic D, Bagovic D. Bilateral tubal torsion treated by laparoscopy: a case report. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1999;86(1):99- 100.
- Baumgartel PB, Fleischer AC, Cullinan JA, Bluth RF. Color Doppler sonography of tubal torsion. Ultrasound Obstet Gynecol 1996;7(5):367-70.
- Cohen SB, Oelsner G, Seidman DS, Admon D, Mashlach S, Goldenberg M. Laparoscopic detorsion allows sparing of the twisted ischemic adnexa. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1999;6(2):139-43.
- Ekmekci E, Aydoğmuş H, Ergün Y, Eren R. [Analyzing adnexial torsion cases recognized in our clinic retrospectively]. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2010;20(5):287-94.
- Gross M, Blumstein SL, Chow LC. Isolated fallopian tube torsion: a rare twist on a common theme. AJR Am J Roentgenol 2005; 185: 1590- 2.

Lee RA, Welch JS. Torsion of the uterine adnexa. Am J Obstet Gynecol 1967;97:974- 7.

Lima M, Libri M, Aquino A, Gobbi D. Bilateral hydrosalpinx with asynchronous tubal torsion: an exceptional finding in a premenarcheal girl. J Pediatr Surg 2011;46(4):27-9

Mazouni C, Bretelle F, Ménard JP, Blanc B, Gamberre M. Diagnosis of adnexal torsion and predictive factors of adnexal necrosis. Gynecol Obstet Fertil 2005;33(3):102-6.

McGovern PG, Noah R, Koenigsberg R, Little AB. Adnexal torsion and pulmonary embolism: case report and review of the literature. Obstet Gynecol Surv 1999;54(9):601-8.

Zweizig S, Perron J, Grubb D, Mishell DR Jr. Conservativemanagement of adnexaltorsion. Am J ObstetGynecol 1993;168(6 Pt 1):1791- 5.