

II. Trimester Gebelikte Ovaryan Torsiyon; Nadir Bir Olgu Sunumu

“Ovarian Torsion in the Second Trimester of Pregnancy: A Rare Case Report”

Dr. İbrahim ALANBAY/ Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D., Etlik, Ankara.

Dr. Hakan ÇOKSUER/ Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D., Etlik, Ankara.

Dr. Mutlu ERCAN/ Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D., Etlik, Ankara.

Dr. Uğur Keskin/ Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D., Etlik, Ankara.

Dr. Emre KARAŞAHİN/ Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D., Etlik, Ankara.

Dr. İskender BAŞER/ Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D., Etlik, Ankara.

ÖZET

Amaç: Gebeliğin 2.trimesterinde görülen ovaryan torsiyon olgusunu sunmaktır.

Olgu: 28 yaşında gravida 1, parite 0 olan SAT' e göre 25 haftalık gebe sağ yan ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Ultrasonografide kostolomber bölgenin altında, hipoekojen, yaklaşık 6 cm'lik, dopplerde akım izlenmeyen kitle izlendi. Laparotomide sağ adnekte overin torsiyone ve nekrotik olmasından dolayı salpingooferektomi yapıldı. Hasta postoperatif 2.günde sorunsuz taburcu edildi.

Sonuç: Akut abdominal ağrı ile başvuran gebelerde ovaryan torsiyon mutlaka düşünülmeli ve ekarte edilmeye çalışılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: gebelik, over torsiyonu, salpingooferektomi.

ABSTRACT

Objective: To present a rare case of ovarian torsion in the second trimester of a pregnancy

Case: A 28 years old patient on her 25th gestational week with gravida 1, parity 0 admitted to our emergency unit with the complaints of right lower quadrant pain. A hypoechogenic pelvic mass in 6 cm diameter was defined under the costolumbar area by ultrasound and no doppler flow was obtained. Salpingoophorectomy was performed by laparotomy due to the torsion and necrosis of the right ovary. The patient was discharged on the second day after the operation without any complication.

Conclusion: Ovarian torsion must be considered and should be excluded in pregnant patients who applied to emergency room with the complaints of acute abdominal pain.

Key Words: pregnancy, ovarian torsion, salpingoophorectomy

GİRİŞ:

Gebeliklerde adneksiyal kitleler nadiren görülmekte olup, bunların çoğunluğu korpus luteum, teka lutein kistleri gibi fonksiyonel kistlerdir ve %95'i 16. gebelik haftasından sonra geriler (1,2). Ultrasonografinin klinik kullanıma girmesi ile gebeliklerde kitle saptama oranları artmıştır (3). Gebelikte saptanan ovaryan kitlelerde takip ve tedavi yaklaşımı tartışmalıdır. Önceleri bu hastalara çoğunlukla ikinci trimesterde cerrahi müdahale uygulanmaktaydı. Çünkü gebelik sırasında yapılacak cerrahi girişimin hem anneye hem de fetüse istenmeyen etkileri olabilirken, hiç girişim yapmadan takip edilerek bırakılanlarda kitle malign ise kan-

serin yayılması veya akut batın oluşturan torsiyon gibi komplikasyonların gelişmesine neden olunabilmektedir (4). Ancak son yıllarda birinci veya ikinci trimesterde cerrahi yaklaşımın fetal kayıp, erken doğum veya teratojenite riski ile ciddi bir birlikteliği olmadığına dair yayınlar da vardır (5). Yine de abdominal cerrahinin çok ciddi fiziksel ve duygusal strese neden olduğu ve gebeliğe bağlı komplikasyonları arttırdığı kanısı yaygındır (2). Cerrahi teknik ve USG'deki ilerlemeler göz önüne alındığında tüm adneksiyel kitlesi olan gebelerde cerrahi müdahaleyi sorgulamak gerekmektedir.

Gebelik sırasında ovaryan torsiyon nadir olarak saptan-

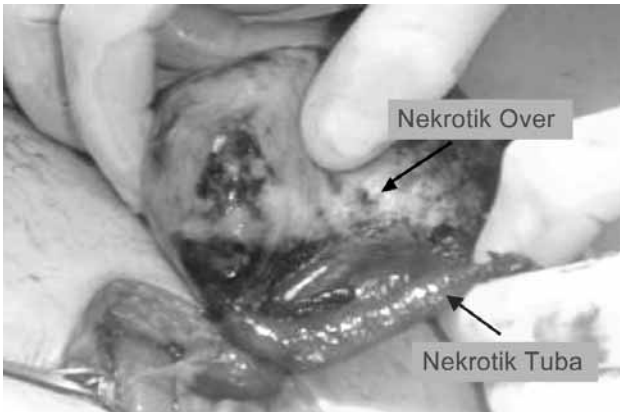
nan bir durum olup, sıklıkla diğer akut abdominal durumlarla karışabilir. Tanısı gebe olmayanlara göre, özellikle geç trimester olgularında oldukça zordur (6).

Biz bu olgu sunumu ile kliniğimizde takip ve tedavi edilen bir geç trimester ovaryan torsiyon olgusunun klinik görünümü, laboratuvar bulguları, tanı yöntemlerini ve tedavi yaklaşımlarını anlatmaya çalıştık.

OLGU:

Ovaryan torsiyon hastamız 28 yaşında gravida 1, parite 0 olup, kliniğimize bir gün önce başlayan ve aralıklı olarak devam eden sağ yan ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın kliniğimize başvurduğunda SAT' e göre 25 haftalık gebe olduğu saptandı. Hasta gebelik yanında akut karın ağrısı tanısı ile yatırıldı. Hastanın hikayesinde bu tür ağrıların yaklaşık bir haftalık süre içinde az sıklıkta olduğu, son bir gün içinde sıklığı ve şiddetinin arttığı belirtilmektedir. Hastanın yapılan ilk obstetrik ve abdominal ultrasonografik değerlendirilmesinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Transvajinal ultrasonografi ile adneksiyal alanlar, gebelik haftasının ileri olmasına bağlı kısıtlı kullanımı nedeniyle net değerlendirilemedi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde özellikle sağ yan ve sağ alt kadranda ağrı ve hassasiyet saptandı. Hastanın ilk gün yapılan tam kan sayımında lökosit $13.000/mm^3$ olarak saptandı. Diğer hematolojik parametreler normal olarak saptandı. Hastanın seri ultrasonografi ile takibine karar verildi. Oral alımı kesilen ve antibiyoterapi uygulanan hastanın şikayetleri ikinci gün biraz daha arttı. Hasta tekrar değerlendirildiğinde lökosit $10.000/mm^3$ olarak, sağ alt kadranda rebaund saptandı. Hastanın sağ yan ultrasonografisinde kostolomber bölgenin altında, hiperekojen, ortalama 6 cm'lik, dopplerde akım izlenmeyen kitle saptandı. Hastaya akut abdomen sebepleri yanında ovaryan torsiyonda olacağı düşünülerek, laparotomi yapıldı. Laparotomide sağ adneks pedinkülünün 3 kez torsiyone olduğu izlendi. Adneksin nekrotik olmasından dolayı salpingooferektomi yapıldı. Hasta postoperatif 2.günde sorunsuz olarak taburcu edildi.

Pataloji incelemesi sonucunda nekrotik over dokusu dışında bir anomali saptanmadı.



Şekil 1. intraoperatif torsiyone adneks görünümü



Şekil 2. Nekrotik over dokusunun biseksiyonu. Over dokusu difüz olarak hemorajik olarak izlendi

Over incelendiğinde nekroz dışında ek bir anomali saptanmadı. Hastanın takipleri sırasında obstetrik patoloji saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Adneksiyal torsiyon gebelik sırasındaki akut abdomenin nadir sebeplerinden biridir. Görülme sıklığı ortalama 1/5000 gebelik olup, sıklıkla 1. trimesterde görülür (6). Adneksiyal torsiyon sıklıkla in vitro fertilizasyon (IVF) tedavisi için yapılan ovaryan stimülasyon sonrası daha sık izlenmektedir (7). Ovaryan torsiyon olgularının ortalama % 60'ı gebeliğin ilk trimesterinde görülmektedir (8).

Gebelik sırasında adneksiyal kitleye yaklaşım klinisyen için zor bir karar olup, gebelikte abdominal cerrahi, hem anne hem de fetus açısından risklidir (9). Cerrahi girişim, gebelik kaybı riski, prematürite ve perinatal mortaliteye, taşıdığından müdahale gerektiren akut durum endikasyonlarından emin olunması gerekir (10). Olgumuzda da torsiyona bağlı doku nekrozu, preterm doğum, potansiyel perinatal veya maternal mortalite söz konusu olacağı için operasyon kararı alınmıştır.

Gebelik sırasında persiste eden adneksiyal kitlelerde %6 civarında malignite riski yanında rüptür, torsiyon veya kanama gibi komplikasyonlar da gelişebilir (11). Tüm gebelik boyunca rüptür sıklığı %2 oranında görülmektedir (12). Ultrasonografinin yaygın kullanılmadığı dönemlerde torsiyon sıklığı %15'lerde iken USG'nin yaygın kullanılması ile konservatif takip edilen adneksiyal kitleler için oran şimdi %2.3 olarak bildirilmiştir (2). Bizim olgumuzda muhtemelen gebelik öncesi veya 1. trimesterde varolan adneksiyal kitle, obstetrik USG muayenesinde adneksiyal bölge net olarak değerlendirilemediğinden atlanmış ve hasta bize over kist torsiyonu klinik bulgularıyla başvurmuştur.

Torsiyon adneksin kendi etrafında dönmesi sonucu önce venöz staz sonrası arteriyel kan akımının kesilmesi ile sonuçlanır. Eğer arteriyel kan akımı 36- 48 saat'ten fazla kesilirse adneksiyal nekroz ile sonuçlanır (13). Ovaryan torsiyon sıklıkla ovaryan kitle veya büyümüş over dokusu ile birlikte görülmeyle beraber, normal olan olgularda bildirilmiştir. Adneksiyal dokunun neden torsiyone olduğu tam olarak açıklanamamakla beraber, uzun tubaya bağlı artmış

adneksiyal mobilite ve uzun utero-ovaryan ligament suçlanmaktadır (14-15). Geç trimester ovaryan torsiyon nadir olarak saptanan bir durum olup, tanısı genellikle zordur. Ovaryan torsiyon bulguları genellikle non spesifik olup, akut appendisit ve renal kolik gibi durumlarla sıklıkla karışır. Büyüyen uterusun overleri normal yerinden itmesi sonucu ultrasonografinin yeri kısıtlıdır. Bizim olgumuzda ultrasonografide saptanan kitle ancak hastanın yan çevirilmesi, dikkatli olunması ve seri ultrasonografi ile tespit edilmiştir. Özellikle ileri gebelik haftasında anormal yerleşimler olacağı mutlaka akılda tutulmalıdır. Eğer geç trimesterde ovaryan torsiyon şüphesi varsa, magnetik rezonans tanı için yardımcı olabilir (16). Ovaryan torsiyonun laboratuvar bulguları non spesifik olup, bizim olgumuzda da herhangi bir özellik saptanmamıştır.

Akut batin ağrı ile başvuran gebelerde ovaryan torsiyon mutlaka düşünülmeli ve ekarte edilmeye çalışılmalıdır

KAYNAKLAR

- 1) Schnee DM.: The adnexal mass in pregnancy. *Mo Med* 2004; 101: 42-45.
- 2) Platek DN, Henderson CE, Goldberg GL.: Management of a persistent adnexal mass in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 1236-1240
- 3) Sherard GB 3rd, Hodson CA, Williams HJ, Semer DA, Hadi HA, Tait DL.: Adnexal masses and pregnancy: a 12 year experience. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 358-362.
- 4) Whitecar MP, Turner S, Higby MK.: Adnexal masses in pregnancy: a review of 130 cases undergoing surgical management. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 19-24.
- 5) Visser BC, Glasgow RE, Mulvihill KK, Mulvihill SJ.: Safety and timing of nonobstetric abdominal surgery in pregnancy. *Dig Surg* 2001; 18: 409-417.
- 6) Mancuso A, Broccio G, Angio L.: Adnexal torsion in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 83-84.
- 7) Morice P, Louis-Sylvestre C, Chapron C, Dubuisson JB.: Laparoscopy for adnexal torsion in pregnant women. *J Reprod Med* 1997; 42: 435-439.
- 8) Glanc P, Salem S, Farine D.: Adnexal masses in the pregnant patient a diagnostic and management challenge. *Ultrasound Q.* 2008; 24: 225-240.
- 9) Whitecar MP, Turner S, Higby K.: Adnexal masses in pregnancy: A review of 130 cases undergoing surgical management. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 191: 19-24.
- 10) Gary Scott Leisrowitz. Surgical Complications During Pregnancy. In: Niswander KR, Evans AT (Eds). *Manual of Obstetrics*, 5th Ed. Boston, Little Brown and Company, 1996: 239-260.
- 11) Michel E. Rivlin. Surgery and Trauma in Pregnancy. In: Rivlin ME, Martin RW, Wiser WL (Eds). *Manual of Clinical Problems in Obstetrics and Gynecology*, 5th Ed. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2000: 126-130.
- 12) Martin JR, Martin RW, Morrison JC.: Surgical Diseases and Disorders in Pregnancy. In: Pernoll ML (Ed). *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment*, 7th Ed. Connecticut, Appleton and Lange, 1991: 480-492.
- 13) Hasiakos D, Papakonstantinou K, Kontoravdis A, Gogas L, Aravantinos L, Vitoratos N.: Adnexal torsion during pregnancy: report of four cases and review of the literature. *J Obstet Gynaecol Res.* 2008; 34: 683-687.
- 14) McCrea RS.: Uterine adnexal torsion with subsequent contralateral recurrence. *J Reprod Med* 1980; 25: 123-124.
- 15) Germain M, Rarick T, Robins E.: Management of intermittent ovarian torsion by laparoscopic oophorectomy. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 715-717.
- 16) Born C, Wirth S, Stäbler A, Reiser M.: Diagnosis of adnexal torsion in the third trimester of pregnancy: a case report. *Abdom Imaging.* 2004; 29:123-127.