

Nekrotik Torsiyone Paratubal Kist ile Beraber İntakt Fallop Tüp Torsiyonu: Olgu Sunumu

Intact Fallopian Tube Torsion Accompanying Necrotic Paratubal Cyst Torsion: Case Report

Mehmet Akif SARGIN ¹, Murat YASSA ¹, Mehmet TURUNÇ ¹, Emrah ORHAN ¹, Niyazi TUĞ ¹

1. Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

ÖZET

Giriş: Adneksiyel torsiyonlar en sık üreme çağındaki kadınlarda görülmekle beraber postmenapozal döneme kadar her yaşta görülebilir. Kadınlardaki cerrahi acillerin yaklaşık %3'ünü oluşturur.

Olgu: Karın ağrısı ve bulantı kusma şikayetleriyle başvuran 19 yaşındaki hastanın yapılan Tüm batın Tomografisinde ve pelvik USG sinde sırasıyla 110x58 mm ve 74x64x38 mm sol adneksiyel kist izlendi. Radyolojik olarak over torsiyonu tanısı net olarak konulamayan ve fizik muayenesi şüpheli olan hastaya acil tanısal laparotomi uygulandı. Nekroze torsiyone sol paratubal kist ve torsiyone intakt fallop tüpü izlendi. Hastaya yapılan erken cerrahi müdahalede paratubal kist eksizyonu ve fallop tüpünün detorsiyonu yapılarak fallop tüpünün korunması sağlandı.

Sonuç: Nadir görülen adneksiyel torsiyonların erken tanı ve tedavi başarısında en önemli faktör jinekologun azami dikkat ve klinik şüphesidir.

Anahtar Kelimeler: akut karın, laparotomi

SUMMARY

Introduction: Adnexal torsion can be often seen in reproductive age, but can occur at any age up to postmenopausal period. Adnexal torsion accounts for about %3 of gynecologic emergencies.

Case Presentation: A 19-year-old female presented with abdominal pain, nausea and vomiting. Diagnostic procedures with abdominal computed-tomography and pelvic ultrasonography suggested 110x58mm and 74x64x38 mm left-adnexial cysts, respectively. Due to inconclusive radiologic diagnosis and suspicious physical abdominal examination, an emergency diagnostic laparotomy was performed. Exploratory surgery revealed a necrosed and torsioned left paratubal cyst and torsioned but intact fallopian tube were found. Early surgical intervention with paratubal cyst excision and detorsion of fallopian tube ensured the preservation of fallopian tubes.

Result: Gynecologists' attention and suspicion of rare adnexal torsions are the key factors in making early decision and treatment success.

Keywords: acute abdomen, laparotomy

İletişim

Sorumlu Yazar: Mehmet Akif SARGIN

Adres: Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Tel: +90 (505) 350 82 59

E-Posta: drmehmetakifsargin@yahoo.com

Makale Geliş: 29.05.2016

Makale Kabul: 17.11.2016

DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktpb.270305>

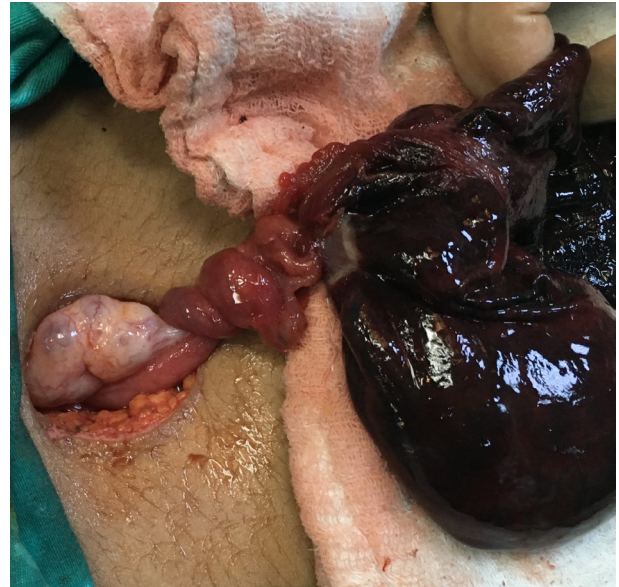
GİRİŞ

Adneksiyal torsiyonlar kadınlardaki cerrahi acillerin yaklaşık %3'ünü oluşturur (1). En sık üreme çağındaki kadınlarda görülmekle beraber postmenapozal döneme kadar her yaşta görülebilir. Over torsiyonu olmadan izole fallop tüpü torsiyonu ilk defa 1890 yılında Bland Sutton tarafından tanımlanmıştır (2). Üreme çağındaki kadınlarda 1:500.000–1:1.500.000 oranında görülebilir ve alt kadrın karın ağrısının nedenleri açısından ayırıcı tanıda akılda tutulması gerekmektedir (3). İzole fallop tüpü torsiyonların kesin etyolojisi bilinmemekle beraber literatürde tanımlanan bazı risk faktörleri mevcuttur. Bunlar; intrinsek ve ekstrinsek faktörler olarak 2 gruba ayrılmaktadır (4). Konjenital anomaliler, hidro/hematosalpenks, tubal ligasyon, tubal tümörler, artmış tubal motilite/ spazm gibi fallop tüpüne direkt etki eden nedenler intrinsek faktörler olarak sınıflandırılırlar. Fallop tüpünün çevre organlarından kaynaklanan nedenlere (ovaryen/paraovaryen/paratubal kistler ve tümörler, gebeliğe bağlı uterusun genişlemesi, adhezyonlar, mekanik etkiler, pelvik organlara travma) bağlı torsiyonu ekstrinsek faktörler olarak sınıflandırılır. Gebelikte adneksiyal torsiyonun arttığını bildiren yayınlarda mevcuttur (5). Adneksiyal torsiyonların kliniğinde alt kadrın karın ağrısı, bulantı, kusma ve peritoneal irritasyon bulguları mevcuttur. Tanıda altın standart yöntem tanısal laparoskopi veya tanısal laparotomidir (6). Preoperatif tanıda klinik şüphe oldukça önemlidir. Tanıda ve müdahalede gecikme olması hastanın torsiyone olan over ve/veya fallop tüpünü kaybetmesine veya folikül rezervinin azalmasına neden olabilir. Bu olgu sunumunda yüksek klinik şüpheye dayanarak acil tanısal laparotomi yapılan ve torsiyone nekrotik paratubal kist ile beraber izlenen torsiyone intakt fallop tüpü vakasının sunulması amaçlandı.

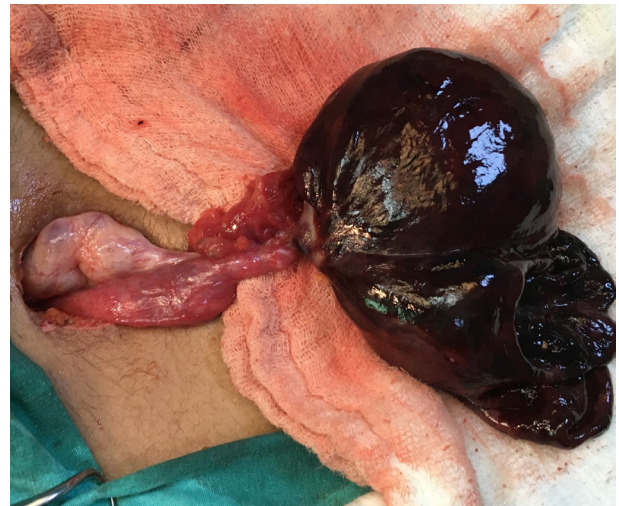
OLGU

Ondokuz yaşındaki virgo hasta, karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleriyle acil servise başvurdu. Şikayetlerinin iki gündür giderek arttığını belirten hastanın yapılan muayenesinde, batın alt kadrınlarda palpasyonla hassasiyet, defans ve rebaund bulguları pozitif bulundu. Medikal öz geçmişinde özellik bulunmayan hastanın diğer sistem muayenelerinde patoloji izlenmedi. Kan basıncı: 110/60 mmHg, nabız sayısı: 90/dk, solunum sayısı: 18/dk, ateş: 36,5°C idi. Laboratuvar incelemelerinde; hemoglobin 10.2 gr/dl, lökosit sayısı 9700/mm³, C-Reaktif protein 2.35 mg/L, biyokimyasal değerler ve tam idrar tahlili idrar tetkiki normaldi. Hastanın acil serviste yapılan tüm batın tomografisinde (BT) supravazikal bölgede pelvis orta hatta yaklaşık

110x58 mm boyutlarında içerisinde septalar barındıran kistik görünüm ve kist duvarlarında hafif kontrastlanma izlenmiş ancak kist içeriğinde belirgin solid komponent ayırt edilememiştir. Hasta overyan-paraoveryan kist? ön tanısıyla acil jinekoloji polikliniğimize değerlendirilmek üzere konsülte edilmiştir. Yapılan fizik muayenede akut batın bulguları izlenen hastanın transabdominal ultrasonografisinde (USG) ve pelvik renkli dopler ultrasonografisinde sol adnekte torsiyonun ekarte edilemediği 74x64x38 mm boyutlu düzgün konturlu, yoğun içerikli kistik kitle kist izlenen hastaya over torsiyonu ön tanısıyla acil laparotomi kararı alındı. Operasyon sırasında gözlemlenen sol over normal izlendi. Solda adnekte yaklaşık 10 cm çapında kendi etrafında 4 kez torsiyone olmuş hemorajik paratubal kist ve yine 2 defa torsiyone olmuş ancak intakt fallop tüpü izlendi (Resim 1). Fallop tüpü detorsiyonu (Resim 2) ve paratubal kist eksizyonu sonrası operasyona son verildi. Postoperatif takiplerinde patoloji izlenmeyen hasta ikinci gün taburcu edildi.



Resim 1: Sol adnekte yaklaşık 10 cm'lik 4 kez torsiyone olmuş hemorajik ve nekrotik paratubal kistle beraber yine 2 defa torsiyone olmuş ancak intakt fallop tüpü.



Resim 2: Detorsiyon sonrası intakt fallop tüpü.

TARTIŞMA

İzole fallop tüpü torsiyonu kadınlarda nadir bir akut batın nedenidir. Semptomları arasında alt karın ağrısı, bulantı ve kusma; fizik muayenede ise peritoneal irritasyon bulguları ve bazen de ateş olmak üzere over torsiyonu kliniğine benzerdir (7). Akut apandisit, renal kolik, over kistinin rüptürü ya da torsiyonu, intestinal patolojiler (obstrüksiyon, ileus, perforasyon), ektopik gebelik, pelvik enflamatuvar hastalık, endometriozis, myom dejenerasyonu gibi akut batın nedenleri ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Preoperatif değerlendirmede doppler USG, BT ve MR gibi radyolojik yöntemlerin tanı değerleri sınırlıdır (1, 2, 7, 8). Uzun süreli abdominal ağrı ve persiste eden adneksiya kitle varlığında BT'den faydalanılabilir (7, 8).

Hastanemiz acil servisinin klinik pratik uygulamasında BT çekimi karın ağrısı olan hastalarda USG den daha sık kullanılan bir görüntüleme yöntemi olduğu için ilk değerlendirme BT ile yapılmıştır. Bizim vakamızda olduğu gibi klinik şüphe ve torsiyon ihtimalinin akılda tutulması hastaya müdahale sürecinin kısaltılması, organ ya da fonksiyon kaybının önlenmesi açısından önemlidir. Tanısı konulamayan ve tedavi edilmeyen torsiyonlar ilerleyen dönemlerde nekroz, pelvik abse ve ciddi yapışıklıklara yol açabilir. Bazen de sepsis için bir odak teşkil edebilir ve tedavisi çok zor hale gelebilir. Bizim olgumuzda erken tanı ve müdahale sonrası postoperatif dönemde ve takiplerinde bu komplikasyonlardan hiçbirisi görülmedi. Hastamızın virgo olması nedeniyle postoperatif geç dönemde sol tubanın fonksiyonel olduğunu gösterebilecek histerosalpingografi ile değerlendirmesi yapılamamıştır. Adneksiya torsiyonların operasyon öncesi doğru ve kesin tanısında kullanılacak güvenilir bir tanı yöntemi bulunmamaktadır.

Literatürde, cerrahi öncesi değerlendirme ile olgulara doğru tanı koyma oranları %23-66 oranlarında bildirilmiştir (9). Tubal torsiyonun radyolojik bulguları arasında tubal kalınlaşma, hematosalpenks ve adneksiya kitle sayılabilir (8). Bizim vakamızda tubanın torsiyone ancak intakt olması nedeniyle preoperatif tanı konulamamıştır. Adneks torsiyonunun varlığı ya da yokluğunun kesin tanısı sadece cerrahi (laparotomi/laparoskopi) girişim sırasında konulabilir.

İzole fallop tüpü torsiyonu ile ilgili literatür taraması yapıldığında çoğunlukla vaka sunumları ya da uzun yıllar biriktirilen vaka serileri şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Torsiyon hastalarında organ koruyucu müdahalelerin yapılabilmesi için erken tanı önemlidir.

Geçmişte adneksiya torsiyon vakalarında tromboembolik komplikasyon risklerinden dolayı radikal cerrahi uygulanırken artık günümüzde, konservatif tedavi olarak detorsiyon ameliyatları ön plana çıkmıştır. Adneksiya torsiyon vakalarında pulmoner emboli insidansı %0.2 olup (10), detorsiyon sonrası pulmoner emboli insidansın da herhangi bir artış bildirilmemiştir (9). Bu vakada fallop tüpü detorsiyonu ve paratubal kisti ekstripsasyonu yapıldı. Postoperatif takibinde pulmoner emboli şüphesi oluşturacak klinik bir bulgu görülmedi.

SONUÇ

Adneksiya torsiyonlar acil müdahale edilmesiyle organ koruyucu cerrahilerin güvenle uygulanabildiği nadir görülen jinekolojik acilerdendir. Ancak nonspesifik klinik bulgular ve kesin tanı koymada sınırlı yardımları olan radyolojik görüntüleme yöntemleri nedeniyle tanı konulmakta zorlanılabilir. Adneksiya torsiyonlarının tanı ve tedavi başarısında en önemli faktör jinekologun azami dikkat ve klinik şüphesidir. Nadir görülen adneksiya torsiyonlar jinekolojik acillerde daima akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Houry D, Abbott JT. Ovarian torsion: a fifteen-year review. *Ann Emerg Med* 2001; 38(2): 156-9.
2. Bland SJ. Remarks on salpingitis and some of its effects. *Lancet* 1890; 136:1146-8.
3. Hansen OH. Isolated torsion of the fallopian tube. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1970; 49(1): 3-6.
4. Wong S-WA, Suen S-HS, Lao T, Chung K-HT. Isolated fallopian tube torsion: a series of six cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89(10):1354-6.
5. Kumari I, Kaur S, Mohan H, Huria A. Adnexal masses in pregnancy: a 5-year review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2006; 46(1): 52-4.
6. Comerci G, Colombo FM, Stefanetti M, Grazia G. Isolated fallopian tube torsion: a rare but important event for women of reproductive age. *Fertil Steril* 2008; 90(4): 1198.e23.
7. Harmon JC, Binkovitz LA, Binkovitz LE. Isolated fallopian tube torsion: sonographic and CT features. *Pediatr Radiol* 2008; 38(2):175-9.
8. Ghossain MA, Buy JN, Bazot M. CT in adnexal torsion with emphasis on tubal findings: correlation with US. *J Comput Assist Tomogr* 1994; 18(4): 619-25.
9. Huchon C, Fauconnier A. Adnexal torsion: a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010; 150(1): 8-12.
10. Oelsner G, Shashar D. Adnexal torsion. *Clin Obstet Gynecol* 2006; 49(3): 459-463.