

■ Olgu Sunumu

İkinci trimesterde akut batın olgusu ve yönetimi: olgu sunum

Ovarian torsion during pregnancy: case report

Neval Çayönü Kahraman *¹ , Özge Yücel Çelik¹ , Ahmet Seyit Erol¹ 

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

Öz

Amaç: Gebelik sırasında over torsiyonu daha çok birinci trimesterde olan, nadir bir olaydır. Bu olgu sunum ile, bu konuda literature katkı sağlamayı istedik.

Materyal ve Method: Bu olguda, üçüncü trimesterde ortaya çıkan akut bir tablonun yönetimi ve tedavisi anlatılmaktadır. Akut batın tablosu ile gelen 29 hafta gebeye sağ over torsiyonu şüphesiyle acil laparotomi yapılarak detorsiyon ve oforopeksi yapılmıştır. Gebe 37 hafta 3 günlük iken sezaryan doğum gerçekleştirilmiştir.

Sonuç: Gebelikte over torsiyonu atlanmaması gereken acillerden bir tanesidir. Bu vaka ile birlikte gebelikte obstetrik nedenler dışında acil abdominal operasyon yapılabileceği konusunda literature katkı sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: over torsiyon; detorsiyon; ooforopeksi; laparotomi; doppler ultrason

Abstract

Objective: Ovarian torsion during pregnancy is a rare event that occurs mostly in the first trimester. With this case, we wanted to make a contribution to the literature on this topic.

Material and Method: This case describes the management and treatment of an acute condition that occurs in the third trimester. An emergency laparotomy was performed, detorsion and oophorectomy were performed on a 29 weeks pregnant who presented with an acute abdomen, with the suspicion of right ovary torsion. Cesarean delivery was performed when the pregnant woman was 37 weeks and 3 days old.

Result: Ovarian torsion during pregnancy is one of the emergencies that should not be missed. With this case, we contributed to the literature on the possibility of emergency abdominal surgery during pregnancy other than obstetric reasons.

Keywords: over torsion; detorsion; oophorectomy; laparotomy; doppler ultrasound

Sorumlu Yazar *: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye.

E-posta: nevalcayonu@gmail.com

ORCID: 0000-0001-8832-0081

DOI: 10.46969/EZH.1399583

Geliş tarihi: 3.12.2023

Kabul tarihi: 22.12.2023

1. Giriş

Gebelik sırasında over torsiyonu prevalansı 6/10.000 olan nadir görülen bir akut batin tablosudur ve çoğunlukla birinci trimesterde görülmektedir (1). Genellikle kist nedeniyle over hacminin artmasından kaynaklanır. Overin arterial ve venöz damarlarının bulunduğu pedinkülün kendi eksenine etrafında torsiyone olması nedeni ile doku iskemisine yol açabilmekte ve bu da ovaryan rezervi etkileyebilmektedir. Obstetrik nedenler dışında, gebelik dönemindeki tüm abdominal acil operasyonların prevalansı %0,2 -2 arasındadır (2).

Literatürde gebeliğin üçüncü trimesterinde over torsiyon tanısı almış birçok vaka tanımlanmış (3) olup bizim vakamızda altta yatan bir sebep (yardımcı üreme teknikleri, intrauterine inseminasyon, over stimülasyonu, invitro fertilizasyon, kist veya kitle öyküsü) olmadan over boyutlarının artması nedeniyle, 29 haftalık gebelikte ortaya çıkan over torsiyon olgumuzun tedavi ve yönetimini paylaşmak amaçlanmıştır.

2. Olgu Sunumu

37 yaşında G1P0A0 son adet tarihine göre 29 hafta ile uyumlu gebelik batin sağ alt kadranda şiddetli ağrı, bulantı, kusma nedeniyle hastanemiz acil servisine başvurmuştur. Vajinal muayenede servikal açıklık izlenmedi. Su gelişi ve vajinal kanaması yoktu. Akut batını olan gebede acil şartlarda yapılan ultrason muayenesinde intrauterin 29 hafta ile uyumlu amnion mavisini yeterli, tekil gebelik mevcuttu. Sağ over boyutları artmış (80*74mm), renkli doppler ultrasonda sağ overin kanlanması azalmış; over torsiyonunu düşündüren bulgular mevcuttu. Laboratuvar bulgularında hemoglobulin 11 gr/dl, beyaz küre 17.000, platelet 200 bin idi. Biokimya, koagülasyon parametreleri normal, tam idrar tetkikinde özellik yoktu. Hastanın fizik muayenesinde özellikle sağ alt kadranda defans ve rebound mevcuttu.

Ayırıcı tanı amaçlı genel cerrahi ve üroloji konsültasyonu istenen gebede; akut apendisit ve renal kolik ultrason muayenesi ile ekarte edildikten sonra, gebe akut batin nedeni ile acil laparotomiye alındı. Gebe genel anestezi altında, steril şartlarda, supin pozisyonda hazırlandı. Cilt phinstel insizyonla açıldı. Batin gözlemlenince uterus 29 hafta cesamette, sağ over boyutları artmış, hemorajik görünümde, sağ over kendi eksenine etrafında 2 tam tur torsiyone idi. Sol over ve sol tubanın görünümü doğaldı. Sağ over detorsiyone edildi. Overin kanlanması beklendi. Dakikalar sonra overin kanlanması izlendi (Şekil 1). Utero-overyan ve infundibulopelvik ligamentlerin aşırı uzun oluşu dikkat çekiciydi. Kanlanması olan sağ over absorbe olabilen 2,0 vicrille sağ uteroovaryen ligamentin avasküler bölgesinden geçilerek sağ round ligamente fikse edilerek ooforopeksi operasyonu yapıldı.



Şekil 1. Detorsiyon sonrası sağ overin görüntüsü

Kanama kontrol sonrası batin katları usule uygun kapatıldı. Erken komplikasyon olmadı. Postoperatif gebelik takibi için hasta perinatoloji servisine alındı. Postoperatif bakımı yapılan gebede takiplerde non stress testte fetal kalp atımı reaktif, kontraksiyon yok olarak izlenmiştir. Anne bebek hareketleri aktif, karın ağrısı ve sancılı şikayeti olmamıştır. Postoperatif 12. Saatte tromboflaksi amaçlı 1*0.4 Ü düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) tedavisi başlandı. Gebe postoperatif 3. günde şifa ile taburcu oldu. Antenatal dönem boyunca DMAH kullanması önerildi.

Gebe haftalık perinatoloji polikliniğinde gebelik takiplerine devam etti. Takiplerde sağ over doppler ultrason ile kontrol edildi kanlanması mevcuttu. 37w 3d iken aktif su gelişi nedeni ile gebe acil servise başvurdu. Muayenede 37 hafta ile uyumlu makat geliş fka positif oligohidroamnios olan tekil gebelik saptandı. Vajinal muayenede servikal açıklık 3cm, efasman %60 makat prezentasyonu olan gebe eylemde makat geliş tanısı ile sezaryene alındı. Bebek 2980 gr kız 9-10 APGAR ile canlı olarak doğurtuldu. Sezaryende batin gözlemlenince batin içi adezyon izlenmedi, sağ over normal boyutlarda doğal görünümdeydi. Batin temizlik ve kanama kontrol sonrası batin katları usule uygun kapatıldı ve operasyona son verildi. Erken komplikasyon saptanmadı. Postpartum 2. Günde gebe şifa ile taburcu edildi.

3. Tartışma

Over torsiyonu, belirti ve semptomların spesifik olmaması ve çok çeşitli diğer karın hastalıkları süreçleriyle ilişkili olması nedeniyle, özellikle gebelik sırasında zorlayıcı bir tanı olabilir. Bu nedenlerden dolayı over torsiyonu sıklıkla atlanan bir tanıdır (4). Cerrahi ve patolojik olarak over torsiyonu kanıtlanmış 39 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada en sık görülen semptomların karın ağrısı (%100), kusma (%85) ve lökositoz (%56) olduğu görülmüştür (5). Over torsiyonu, gebelikte karın ağrısı için

klinisyenin ayırıcı tanısının önemli bir parçası olmalıdır. Bizim de vakamızda karın ağrısı, kusma, lökositoz mevcuttu.

Ultrasonografi over torsiyonu tanısında ilk tercih edilen görüntüleme yöntemidir. Over torsiyon tanısında renkli doppler kan akımı anormal olduğunda ultrason taramasının yüksek duyarlılığı (%76 -100) ve özgüllüğü (%94-100) vardır (6). Ancak adneksiyal torsiyon şüphesi olan hastalarda vakaların %54 'ünde doppler normaldir (7). Gebede ovaryen kitlelerin tanısında MRI da tercih edilen görüntüleme yöntemlerinden bir tanesidir, fakat acil durumlarda kullanılabilirliği sınırlıdır. Vakamızda acil şartlarda yaptığımız ultrason görüntülemeye over boyutları artmış ve renkli dopplerde over dokusunun kanlanması azalmıştı.

Operasyonla ilgili olarak gebelik sırasındaki akut batın acilleri için laporoskopinin tercih edilmesi gerektiği anlatılmaktadır (8). Avantajı, daha az ameliyat komplikasyonu ve daha kısa hastanede kalış süresidir. Ancak gebelikte over torsiyonu için en sık uygulanan yaklaşım laparotomidir (Odd Ratio:1.28; CI: %95, 1.08-1.51, p<0.01) (9). Bizim olgumuz 29 hafta tekil gebelikte ve anestesi tarafından laparotomi teklifi reddedilmişti. Ekip, hasta ve yakınları ile konuşularak laparotomi yapılmasına karar verildi. Operasyon sırasında sağ over ve tuba infundibulopelvik ligaman etrafında iki tam tur torsiyoneydi. Overial kist veya kitle izlenmemişti. Detorsiyon işlemi sonrası kanlanması yerine gelen over (şekil-1), sağ round ligamente fikse edildi (ooforoeksi). Literatürde, ilk kez olan over torsiyon veya ovaryal kistik oluşuma bağlı olabilen over torsiyon vakalarında rekürren riskinin düşük olduğu ve overin basitçe detorsiyone işlemi ile tedavi edilmesinden bahsedilmekte; ooforoeksi veya başka herhangi bir profilaktik tedavinin nüksetmeyi önleyebileceği teorik risk olarak anlatılmaktadır (10,11,12). Ancak başka çalışmalarda da normal veya polikistik over olgularında tekrarlayan ve bilateral over torsiyon ataklarının muhtemel olduğu ve bu gibi durumlarda ooforoeksi yapma eğiliminin olduğu da ortaya konulmuştur (10,11,13).

Laparotomi sonrası hastaya tokoliz ve antenatal steroid tedavisi uygulandı. Dayken ve ark. çalışmasında gebelik sırasındaki over torsiyonu operasyonu sonrası erken doğum, obstetrik veya neonatal komplikasyon riskini artırmadığı gösterilmiş, fakat bu sonuçlar daha çok ilk trimesterde meydana gelen over torsiyonu vakalarına dayanmaktaydı (14). Olgumuzda da postoperatif dönemde obstetrik veya neonatal komplikasyon izlenmedi.

Sonuç olarak, akut batın tablosu ile hastaneye başvuran gebelerde over torsiyon ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Olgumuz normal sürede doğumunu gerçekleştirmiş olup, geçirilmiş operasyonun gebeliğine ve batın duvarına herhangi bir etkisi olmadı.

Yazar katkısı

Araştırma fikri ve tasarımı: NÇK, ÖYÇ, ASE; veri toplama: NÇK; sonuçların analizi ve yorumlanması: NÇK, ÖYÇ, ASE; araştırma metnini hazırlama: NÇK, ÖYÇ, ASE. Tüm yazarlar araştırma sonuçlarını gözden geçirdi ve araştırmanın son halini onayladı.

Etik kurul onayı

Bu araştırma için Etlik Zubeyde Hanım Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Çalışmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Karar no: 11-08/23.11.2023).

Finansal destek

Yazarlar araştırma için finansal bir destek almadıklarını beyan etmiştir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Author contribution

Study conception and design: NÇK, ÖYÇ, ASE; data collection: NÇK; analysis and interpretation of results: NÇK, ÖYÇ, ASE; draft manuscript preparation: NÇK, ÖYÇ, ASE. All authors reviewed the results and approved the final version of the manuscript.

Ethical approval

The study was approved by the Ethics Committee for Noninterventional Studies of Etlik Zubeyde Hanım Women Health Education Research Hospital (Decision No: 11-08/23.11.2023).

Funding

The authors declare that the study received no funding.

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

Kaynaklar

1. Kumari I, Kaur S, Mohan H, Huria. Adnexal masses in pregnancy: a 5-year review. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2006;46(1):52-4.
2. Bouyou J, Gaujoux S, Marcellin L, Leconte M, Goffinet F, Chapron C, et al. Abdominal emergencies during pregnancy. J Visc Surg 2015;152: S105-115.
3. Li C, Wang S, Tao X, Hu Y, Li X, Xiao X. Torsion of normal-sized ovary during late pregnancy: a case report and review of the literature. J Obstet Gynaecol Res 2018;44(11):2110-4.
4. Becker JH, de Graaf J, Vos CM. Torsion of the ovary: a known but frequently missed diagnosis. Eur J Emerg Med 2009; 16:124-6.
5. Shadinger LL, Andreotti RF, Kurian RL. Preoperative sonographic and clinical characteristics as predictors of ovarian torsion. J Ultrasound Med 2008; 27:7-13.
6. Polena V, Huchon C, Varas Ramos C, Rouzier R, Dumont A, Fauconnier A. Noninvasive tools for the diagnosis of potentially life-threatening gynaecological emergencies: a systematic review. PLoS One 2015;10(2)e0114189.

7. Shadinger LL, Andreotti RF, Kurian RL. Preoperative sonographic and clinical characteristics as predictors of ovarian torsion. *J Ultrasound Med* 2008;27 (1):7–13.
8. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique: Risques de la voie d'abord en coelioscopie. *Pelvi Périnéologie* (2010)5:195-202.
9. Bassi A, Czuzoj-Shulman N, Abenhaim HA. Effect of pregnancy on the management and outcomes of ovarian torsion: a population-based matched cohort study. *J Minim Invasive Gynecol* 2018;25(7):1260–5.
10. N. Fuchs, N. Smorgick, Y. Tovbin et al. Oophoropexy to prevent adnexal torsion: how, when, and for whom?. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2010;2:205–208.
11. Brady PC, Styer AK. Laparoscopic uteroovarian ligament truncation and uterosacral oophoropexy for idiopathic recurrent ovarian torsion: case report and review of literature. *Fertility Research and Practice* 2015;(1):2.
12. Celik A, Ergün O, Aldemir H et al. Long-term results of conservative management of adnexal torsion in children. *Journal of Pediatric Surgery*. 2005;40(4): 704-708.
13. Ozcan C, Celik A, Ozok G, Erdener A, Balik E. Adnexal torsion in children may have a catastrophic sequel: asynchronous bilateral torsion. *Journal of Pediatric Surgery*. 2002; 37(11): 1617-1620.
14. Daykan Y, Bogin R, Sharvit M, Klein Z, Josephy D, Pomeranz M, et al. Adnexal torsion during pregnancy: outcomes after surgical intervention—a retrospective case-control study. *J Minim Invasive Gynecol* 2019;26(1):117–21.