

# Gebelikte over torsiyonu ve ovaryopeksi

## OVARIAN TORSION AND OVARIOPEXY IN PREGNANCY

**Buğra ŞAHİN<sup>1</sup>, Gizem CURA<sup>1</sup>, Fatih ÇELİK<sup>1</sup>, Banuhan ŞAHİN<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, AFYONKARAHİSAR

<sup>2</sup>Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, AMASYA

### ÖZ

Yirmi sekiz yaşında, gebeliğinin 33. haftasında olan bir hasta merkezimize ciddi sol alt kadran ağrısı ile başvurdu. Dokuz cm boyutundaki sol over kistine bağlı over torsiyonu ön tanısı kondu. Genel anestezi altında torsiyone over düzeltilerek kanlanması sağlandı ve tekrardan torsiyone olmaması için ovaryopeksi operasyonu ile over uterusu sabitlendi. Bebek sezaryen ile doğurtuldu. Hasta, post op on beşinci gününde kontrole çağrıldı ve dopler ultrasonografi ile over kan akımı yeniden değerlendirildi. Antepartum cerrahi müdahale güvenli kabul edildiği halde, abdominal cerrahi gebe bir kadın ve fetus için bazı riskler taşır. Bu yüzden klinik karar, adneksiyal kitlenin karakteri, gebelik haftası, gebelik beklentisi ve overin tekrar kanlanmasına göre verilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Over torsiyonu, ovaryopeksi, gebelik

### ABSTRACT

A patient, aged 28 years and 33 weeks of pregnancy, admitted to our center with severe left lower quadrant pain. Ovarian torsion due to a 9 cm left ovary cyst was prediagnosed. The patient underwent general anesthesia and was corrected for torsioned ovary, blood was supplied, and the ovary was successfully fixed to the uterus by ovariopexy in order to avoid recurrence of torsion. The baby was born with a cesarean section. The patient was called to the control on the fifteenth day postop and the blood flow was re-evaluated by doppler ultrasonography. Although antepartum surgery is considered safe, abdominal surgery carries some risks for a pregnant woman and the fetus. Therefore, the clinical decision should be made according to the characteristics of the adnexal mass, the pregnancy week, pregnancy expectancy and reperfusion of the ovary.

**Keywords:** Ovarian torsion, ovariopexy, pregnancy

## Buğra ŞAHİN

Afyon Kocatepe Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı,

AFYONKARAHİSAR

 orcid.org/0000-0003-0492-3085

Over torsiyonu, overin arteriyel ve venöz damarlarının bulunduğu pedinkülünün, kan akımını engelleyecek şekilde parsiyel veya tam tur olacak şekilde kendi ekseninde dönmesidir [1].

Over boyutun artması, serbest mobilite ve uzun pedikül predispozan faktörlerdir. Kesin etyoloji belirsizdir.

Sıklıkla dermoid ve seröz kistadenomlarda görülür [2]. Tamamen torsiyon; venöz - lenfatik blokaja, staz - venöz konjesyona, kanama ve nekroza sebep olur. Kist duvarı gerilir ve hatta bazen yırtılır. Hasta genellikle akut başlangıçlı ve şiddetli karın ağrısı ile başvurur [3].

Gebelik sırasında adneksiyal torsiyon nadir görülür ve görülme sıklığı yaklaşık yüzbinde 1 – 5 arasında olduğu bildirilmektedir [4]. Gebelik sırasında ute-rusun büyümesine paralel olarak tanı koymada olan güçlükler artmaktadır. Tanıya yardımcı olması bakımından; ultrasonografi (USG), Doppler USG ve manyetik rezonans (MR) görüntüleme yöntemleri kullanılabilir [5,6]. Ayırıcı tanıda akut appendisit, over kist rüptürü, renal kolik, dejenere miyom gibi diğer akut batın yapan nedenler düşünülmelidir [5, 6, 7].

Erken tanı alan hastalar torsiyon komplikasyonları engellenirken; tanısı geciken hastalarda adneks ve over kaybedilebilir, hatta geciken tanılarda potansiyel olarak ölümcül olabilen tromboflebit veya peritonit görülebilir [3].

### OLGU

28 yaşında gebe hasta karın kasık ağrısı şikâyetiyle servismize başvurdu. Son adet tarihine göre 33 haftalık olduğu anlaşıldı. Bugün öğle saatlerinde başlayan şiddetli sol kasık ağrısı olduğunu belirten hasta, ağrısının şiddetinin gittikçe arttığını ve karnının sol yanına doğru yayıldığını belirtti.

Hasta anamnezinde ilk gebeliği olduğu, bu gebeliğinin de dış merkezde intra uterin inseminasyon (İÜİ) ile olduğunu belirtti. Ayrıca özgeçmişinde ek bir özellik olmadığı, ek bir hastalık ve ilaç kullanımının olmadığını da söyledi. Ayrıca daha önceden batın içi bir operasyon geçirmediğini de belirtti. Hastanın yapılan USG'sinde fetal kalp atımı pozitif olan fetus, verteks geliş olup, ölçümleri yaklaşık 34-35 hafta ile uyumlu amnion sıvı indeksi olağan, plasentası anteriorda, tahmini fetal ağırlığı 2500 gr olarak ölçüldü. Umbilikal arter dopler USG bulguları normal olarak izlendi. Ek olarak USG'de hastanın ilateral multikistik overlerinin izlendiği bunlarında her bir kistin ortalama 4x5 cm, genel over boyutlarının da 9x10 cm civarında olduğu saptandı (Resim 1, 2, 3). Hastanın batın muayenesinde akut batın bulguları mevcuttu. Ayrıca defans ve rebound da izlendi. Hastanın akut batının olması ve over kistlerin aşırı büyük olmasından dolayı hastada Doppler USG yapıldı, over kan akımı net olarak değerlendirilemedi. Pelvik muayenesinde kanama yok, su gelişi yok, açıklığı yok ve servikal uzunluğu 31 mm olarak

ölçüldü. Non-reaktif stress testi (NST) reaktif, kontraksiyonu izlenmedi.



Resim 1: Sağ over multikistik yapıda



Resim 2: Sol over içinde multikistik alanlar



Resim 3: Sol over torsiyonu

Hasta over torsiyonu ve akut batın ön tanısıyla gözlem altına alındı, rutinleri istendi. Tek doz celestone yapıldı, hidrasyon başlandı. Kan sonuçlarında bir patoloji saptanmadı. Ayrıca genel cerrahi ve üroloji konsültasyonlarında ek bir patolojik bulgu saptanmadı. Hidrasyona rağmen şikâyetleri geçmeyen hastanın batın MR raporunda alt batın sağ lateral kesiminde lobüle konturlu septasyonlar gösteren yaklaşık 90x60 mm boyutlarında kistik lezyon saptandı. Alt batın sol kesiminde gestasyonel kese komşuluğunda lobüle konturlu septasyon gösteren yaklaşık 100x65 mm boyutlarında kistik lezyon izlendi. Bu görünümünün overlere ait olabileceği düşünüldü.

Birkaç saatlik gözlem sonunda hastanın şikâyetlerinin artması, akut batın halinin de devam etmesi ve beyaz küre (WBC) yüksekliğinin de olması üzerine (13,000/mm<sup>3</sup> den 20,000/mm<sup>3</sup> e yükseliş) operasyon kararı alındı. Hastaya ve eşine durumu hakkında bilgi verildi. Anestezi ile görüşülüp ilk planda spinal anestezi ile diagnostik laparotomi planlandı. Ancak spinal anestezinin etkin olmaması üzerine genel anesteziyeye dönüldü. Fetusun genel anesteziden etkilenmemesi için ve fetusun ölçümleri 34 – 35 hafta ile uyumlu olup celeston da yapılmasından dolayı sezaryen planlandı. Batına pfannenstiel kesi ile girildi. Batın katları teker teker geçildikten sonra uterusu girilerek kız fetus 6 – 8 apgarla 2320 gr olarak doğdu. Hastanın overlerine bakıldığında soldaki overin hemorajik 3 tam tur torsiyone hemorajik görünümde ve ortalama 8x9 cm olduğu, sağdaki overin ise multikistik yapıda ortalama 7x8 cm olduğu izlendi (Resim 4, 5). Hastanın sol overi detorsiyone edildi. Öncelikle hastanın sezaryen operasyonu bitirildi. Uterus sütüre edilip biraz beklendikten sonra torsiyone overin görünümünün normale yavaş yavaş döndüğü izlendi. Hasta yaşının 28 olması, ilk gebeliği olması ve tedavi ile gebe kalmış olması nedeni ile oofektomi uygulanmadı. Daha sonra 2,0 vicrille tuba kenarından over, uterus sol lateral duvarına fikse edildi (ovaryopeksi operasyonu) (Resim 6). Sağ overdeki polikistik görünümdeki multikistik koterle delindikten sonra aspire edildi. Hastanın batını kapatıldı. İntraop ve postop dönemde komplikasyon gelişmedi. Postop sabahında hastanın USG' sinde her iki over boyutunun küçüldüğü ve ortalama sol over boyutunun

5x6cm'e gerilediği izlendi (Resim 7). Ayrıca hastaya tromboembolik komplikasyon gelişmesin diye postop 8. saatte düşük doz heparin başlandı. Hastanın WBC sayısı da de normal değerlere gerilemişti. Postop ikinci gününde önerilerle taburcu edildi.

Postop on beşinci gününde kontrole çağrılan hastaya yapılan Doppler USG' de sol overde kan akımı olağan izlendi ve sol over boyutlarının 4x3 cm e kadar gerilediği izlendi (Resim 8 ve 9). Ayrıca sağ overi de normofoliküler olarak izlendi. Hastanın WBC sayısı da normal sınırlarda idi.



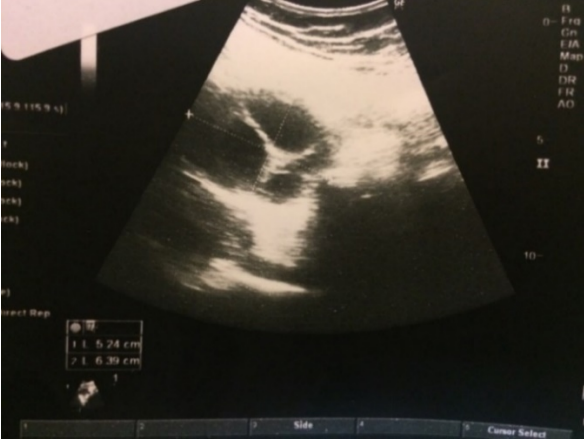
Resim 4: Torsiyone sol over – hemorajik görünümde ve boyutu artmış



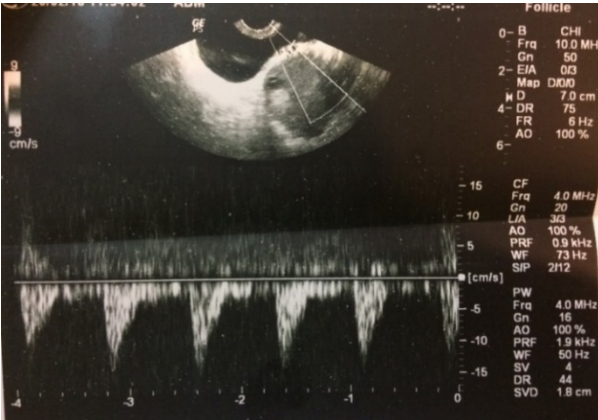
Resim 5: Detorsiyone olmuş sol over ve multikistik boyutu artmış sağ over



Resim 6: Ovaryopektisi sonrası sol over



Resim 7: Postop ilk gün sol over boyutu belirgin küçülme izlendi



Resim 8: Sol overde olağan kan akımı



Resim 9: Sol over boyutunda küçülme izlendi

## TARTIŞMA

Adneksial torsiyon gebelik sırasındaki akut abdomenin nadir sebeplerinden biridir. Görülme sıklığı ortalama 1/5000 gebelik olup, sıklıkla (%60) 1. trimesterde görülür [8, 9]. Adneksiyal torsiyon sıklıkla in vitro fertilizasyon (IVF) tedavisi için yapılan ovaryan stimülasyon sonrası daha sık izlenmektedir [10]. Gebelik sırasında adneksiyal kitleye yaklaşım klinisyen için zor bir karar olup, gebelikte abdominal cerrahi, hem anne hem de fetus açısından risklidir [11, 12]. Bizim vakamızda spontan gebe olmayıp yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalmıştı. Olgumuzda da torsiyona bağlı akut batın, preterm doğum, potansiyel perinatal veya maternal mortalite söz konusu olacağı için operasyon kararlaştırılmıştır.

Gebelikte ilişkili kist komplikasyonları olarak; kist torsiyonu, rüptürü (%2), enfeksiyonu, malign oluşumu (%6), idrar retansiyonuna sebep olması, doğum kanalına bası yapıp doğumu engellemesi ve fetüsün malprezentasyonu sayılabilir [2, 13, 14]. Gebe olmayan kadınlarda olduğu gibi, gebe kadınlarda da torsiyon tedavisi konservatif veya radikal olabilmektedir. Konservatif tedavi olarak kistin detorsiyonu yapılabilir. Teorik olarak iskemik adneksin detorsiyonu sonrası tromboembolik komplikasyonlardan korkulur, ancak detorsiyon sonrasında literatürde bildirilen tromboemboli riski, % 0,2 olarak bildirilen adneksiyal torsiyon sonrası oluşan tromboemboli riskinden fazla değildir [2].

Ovaryopeksi, torsiyonun tekrarlamasını önlemek için uygulanabilir. Radikal tedavi olarak ise; iskemik adneksin detorsiyonu sonrası nekrotik görünümde olan veya canlı görüntüsüne dönmeyen adneks uygulanabilecek ooferektomi veya salpingooferektomidir [2]. Şüpheli vakalarda alınan frozen örneğinin sonucuna göre malign olgularda evreleme cerrahisi uygulanmalıdır. Cerrahi yöntem olarak açık cerrahi veya laparaskopi uygulanabilir. Laparaskopi 1. ve 2. trimesterde uygulanması önerilir. Bizim vakamızda detorsiyon sonrası over görünümü tekrar sağlandığı için ve görünümü malign düşünülmediği için hastamıza ovariopeksi yapıp, postopta tromboembolik olay gelişmesin diye düşük doz heparin başlanmıştır. Operasyon frozen patolojik incelemenin bir saatte gerçekleştirilmek zorunda kalınmış; ayrıca vaka 3. trimesterde olduğundan laparaskopi yapılamamıştır.

Torsiyon adneksin kendi etrafında dönmesi sonucu önce venöz staz sonrası arteriyel kan akımının kesilmesi ile sonuçlanır. Eğer arteriyel kan akımı 36- 48 saat'den fazla kesilirse adneksiyal nekroz ile sonuçlanır [15]. Ovaryan torsiyon sıklıkla ovaryan kitle veya büyümüş over dokusu ile birlikte görülmekle 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 [16, 17]. Bizim olgumuzda da torsiyone over detorsiyone edilip bir miktar beklendikten sonra kanlanması tekrardan gözlendikten sonra ovaryopeksi operasyonu yapılmıştır. Ayrıca hastanın şikâyetleri ile operasyon süresi arasında ortalama 12 saat geçmiş olduğundan tam olarak nekroz izlenmemiştir.

Basit kistektomi belirgin malignite yokluğunda uygulanabilir. Önceleri, hipoksi sebebiyle oluşan toksik maddelerin periferik dolaşıma girmesi ve embolinin önlenmesi için pedikülün detorsiyonu önerilmeyenken, şimdilerde ovaryan kanlanmanın sağlanması ile canlı ovaryan dokunun detorsiyonunda sistemik bir komplikasyon görülmemektedir [2]. Bizim olgumuzda da torsiyone over detorsiyone edilip bir miktar beklendikten sonra kanlanması tekrardan gözlenmiştir. Ooferektomi uygulanmamıştır.

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. Eğer geç trimesterde ovaryan torsiyon şüphesi varsa, magnetik rezonans tanı için yardımcı olabilir [7,18]. Bizim olgumuzda ultrasonografide saptanan kitle manyetik rezonans ile teyit edildikten sonra ve genel cerrahi ile üroloji konsültasyonları sonrası renal kolik ve akut appendisit dışlandıktan sonra tespit edilmiştir. Ovaryan torsiyonun laboratuvar bulguları non spesifik olup, bizim olgumuzda sadece beyaz küre yüksekliği dikkati çekmiştir.

Sonuç olarak; adneksiyal torsiyon gebelik sırasında nadir olarak ortaya çıkmakta ise de gebelik sırasında akut batın tablosu ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Erken teşhis organ koruyucu cerrahi yapmaya imkân sağlayabilir. Bunun karar verilmesinde hastanın yaşı, sonradan gebelik beklentisi, overin detorsiyone edildikten sonra yeniden kanlanması ve tekrardan torsiyone olmasın diye ovaryopeksi operasyonu yapılmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Jeffcoate N. Torsion of the pelvic organs. Principles of Gynaecology. Butterworth & Co. Ltd London, 1975.280-282.
2. Hoover K, Jenkins TR. Evaluation and management of adnexal mass in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2011;205:97-102.
3. Huchon C, Fauconnier A. Adnexal torsion: a literature review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010;150:8-12.
4. Hasson J, Tsafirir Z, Azem F. Comparison of adnexal torsion between pregnant and nonpregnant women. Am J Obstet Gynecol 2010;202:536-539.
5. Ashwal E, Krissi H, Hirsch L. Presentation, diagnosis, and treatment of ovarian torsion in premenarchal girls. J Ped Adoles Gynecol 2015;28:526-529.

6. Vijayalakshmi K, Reddy GM, Subbiah VN, Sathya S, Arjun B. Clinico-pathological profile of adnexal torsion cases: a retrospective analysis from a tertiary care teaching hospital. *J Clin Diagn Res* 2014;8:OC04-7.
7. Born C, Wirth S, Stähler A, Reiser M. Diagnosis of adnexal torsion in the third trimester of pregnancy: a case report. *Abd Imag* 2004;29:123-127.
8. Mancuso A, Broccio G, Angio L. Adnexal torsion in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76:83-84.
9. Glanc P, Salem S, Farine D. Adnexal masses in the pregnant patient a diagnostic and management challenge. *Ultrasound Q*. 2008;24:225-240.
10. Morice P, Louis-Sylvestre C, Chapron C, Dubuisson JB. Laparoscopy for adnexal torsion in pregnant women. *J Reprod Med* 1997;42:435-439.
11. Whitecar MP, Turner S, Higby K. Adnexial masses in pregnancy: A review of 130 cases undergoing surgical management. *Am J Obstet Gynecol* 1999;191:19-24.
12. 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: 1260-1265.
13. Michel E. Rivlin. Surgery and Trauma in Pregnancy. In: Rivlin ME, Martin RW, Wisner WL (Eds). *Manual of Clinical Problems in Obstetrics and Gynecology*, 5th Ed. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2000:126-130.
14. 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.
15. 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.
16. McCrea RS. Uterine adnexal torsion with subsequent contralateral recurrence. *J Reprod Med* 1980;25:123-124.
17. Germain M, Rarick T, Robins E. Management of intermittent ovarian torsion by laparoscopic oophoropexy. *Obstet Gynecol* 1996;88:715-717.
18. Young R, Cork K. Intermittent Ovarian Torsion in Pregnancy. *Clin Pract Cases Emerg Med*. 2017;1:108-110.