

Abdominal Histerektomiye Takiben Gelişen Fallop Tüp Prolapsusu: Olgusu Sunumu

FALLOPIAN TUBE PROLAPSE FOLLOWING ABDOMINAL HYSTERECTOMY: CASE REPORT

Dr. Ayla ÜÇKUYU,^a Dr. Emel Ebru ÖZÇİMEN,^a Dr. Işık ÜSTÜNER,^a
Dr. İlker KAYHAN,^a Dr. Hulusi Bülent ZEYNELOĞLU^b

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD, Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Merkezi, KONYA

^bKadın Hastalıkları ve Doğum AD, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, ANKARA

Özet

Fallop tüp prolapsusu; vajinal akıntı, alt abdominal ağrı, pelvik inflamatuvar hastalık, disparöni ve vajinal kanama ile karakterize, histerektomi sonrası görülen nadir bir komplikasyondur. Tanı sıklıkla gecikmekte ve histopatolojik incelemede tubal doku örneklerinin görülmesiyle konulmaktadır. Tedavi vajinal, abdominal veya laparoskopik yolla prolabe olmuş tüpün tam olarak cerrahi rezeksiyonudur. Sunulan çalışma, 45 yaşında, abdominal histerektomiye takiben fallop tüp prolapsusu gelişen ve prolabe olmuş tüpün vajinal rezeksiyonu yapılan olgudur. Cerrahi tedavi seçenekleri ve fallop tüp prolapsus kliniğinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Fallop tüp prolapsusu, post-histerektomi, postoperatif komplikasyonlar

Abstract

Fallopian tube prolapse is a rare complication following hysterectomy, characterized by vaginal discharge, lower abdominal pain, pelvic inflammatory disease, dyspareunia and vaginal bleeding. The diagnosis is often delayed, and is usually done after a histopathological examination identifies fallopian tube on biopsy. The advised treatment is surgical resection, which can be done through vaginal incision, abdominally or by laparoscopy. We report a case of fallopian tube prolapse after total abdominal hysterectomy in 45-year-old patient in whom the prolapsed-tube was successfully resected vaginally, and review the presentation and surgical methods to correct this rare complication.

Key Words: Fallopian tube prolapse, post-hysterectomy, postoperative complications

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2006, 16:70-72

Fallop tüp prolapsusu histerektomi sırasında çıkarılmayan tuba uterinaların fimbriyal ucunun vajen kubbesinde oluşmuş olan açıklıktan vajenin içine sarkması olup, histerektomi sonrası görülen nadir bir komplikasyondur.

Hastaların başlıca semptomları vajinal kanama, vajinal akıntı, kronik pelvik ağrı, alt abdominal ağrı, derin disparöni ve malignensi şüphesi uyandıran vajinal kitledir.^{1,2}

Prolabe olmuş tüpün tam olarak cerrahi yoldan çıkartılması, eğer başarılı olursa en etkin tedavidir.¹

Olgusu Sunumu

Kırk beş yaşındaki hasta, myoma uteri tanısıyla total abdominal histerektomi operasyonu yapıldıktan üç ay sonra; kanlı vajinal akıntı, disparöni ve sol kasık ağrısı şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Yapılan spekulum muayenesinde, vajen kubbesinin sol köşesinde yaklaşık 0.5 cm.lik, kırmızı renkli, polipoid bir oluşum izlendi. Pelvik muayenesinde vajen kubbesi sol köşede, dokunmakla ağrılı, kubbeye yapışık, 2 x 0.5 cm.lik prolabe kitle palpe edildi. Ultrasonografik incelemede adneksiyel patoloji izlenmedi. Eksizyonel biyopsi işlemi yapıldı ve dokunun histopatolojik tanısı inflamatu-

Geliş Tarihi/Received: 03.12.2005 Kabul Tarihi/Accepted: 24.01.2006

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Işık ÜSTÜNER
Başkent Üniversitesi
Konya Uygulama ve Araştırma Merkezi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, KONYA
kustuner@hotmail.com

Copyright © 2006 by Türkiye Klinikleri

var hücre infiltrasyonu gösteren tuba uterina olarak rapor edildi. Yapılan kontrol muayenesinde eksizyon yapılan bölgedeki tubal doku prolapsusunun sebat ettiği görüldü. Hastaya cerrahi tedavi seçenekleri anlatıldı ve laparaskopi planlandı.

Laparoskopik gözlemede pelvik yapıların yoğun barsak ve mesane yapışıklıkları nedeniyle oblitere olduğu görüldü. Pelvik bölgede oluşmuş yoğun adezyonlar nedeniyle olası mesane ve barsak yaralanmasından kaçınmak için hastaya vajinal salpenjektomi yapıldı. Vajen kubbesinde bulunan açıklık vajinal yoldan yapılan insizyonla genişletilerek, vajene prolabe olmuş olan sol tuba uterina total olarak eksize edildi ve kubbedeki açıklık emilebilir 1/0 numara polyglactin (vicryl®) suturele kapatıldı. Postoperatif dönemde komplikasyon gözlenmedi. Yapılan kontrol muayenelerinde 9 aylık dönem içinde vajinal kubbede doku defekti olmadı ve nüks gözlenmedi. Hastanın disparöni ve kasık ağrısı şikâyeti ortadan kalktı.

Tartışma

Fallop tüp prolapsusu, histerektomi sonrası bırakılan tuba uterinaların vajen kubbesindeki açıklıktan vajen içine sarkmasıdır. Görülme sıklığı ortalama %1.3 olup; vakaların %66.5'i vajinal histerektomi sonrası, %32'si abdominal ve %15'i laparoskopik histerektomi sonrası görülmektedir.³ Hastalığın teşhisi primer operasyonu takiben genellikle 18 ay içinde konulsa da 28 yıla kadar geç tanı alan olgu bildirilmiştir.²

Hastaların başlıca semptomları; değişik derecelerde olabilen vajinal kanama, postkoital kanama, vajinal akıntı, kronik pelvik ağrı, alt abdominal ağrı ve derin disparönidir. Fallop tüpleri dokunma, kesme ve gerilmeye karşı diğer abdominal organlara göre daha duyarlı olduğu için temasla olan ağrı hemen her zaman ön planda olan bir semptomdur.

Etyolojide %37 oranında postoperatif pelvik apse, pelvik sellülit ve hematoma gibi komplikasyonlar rol oynamaktadır.

Vajen kubbesinin suture edilmemesi veya yetersiz sutureasyonu, pelvik peritonun tam kapatılmaması ve vajinal yoldan Douglas boşluğuna dren konulması gibi cerrahi teknikler ise etyolojide yer

alan diğer sebeplerdir.⁴ Ayrıca Filshie klipslerinin kullanımı da predispozan faktör olarak bildirilmektedir.⁵

Olgumuzda histerektomi operasyonu sonrasında kanama, enfeksiyon ve postoperatif ateş gelişmemiştir. Operasyonda klip kullanılmadı, dren konulmadı, vajen kubbesi tam olarak kapatılmıştı, ancak pelvik periton suture edilmemiştir.

Fallop tüp prolapsusunda, pelvik muayenede vajen kubbesinden protrüze olmuş tubanın, dokunmakla ağrılı olduğu, fallop tüpünün fimbriyal ucuna ait polipoid yapıdaki kırmızı renkli granülasyon dokusu gözlenir. Tanı, dokunun histopatolojik incelemesinde tubal doku örneklerinin görülmesiyle konur. Kronik inflamasyon belirgin sitonükleer atipiye yol açabileceğinden, yanlışlıkla adenokarsinom tanısı konulabilir.² Ayırıcı tanıda proliferatif granülasyon dokusu, vajinal adenozis, paravajinal kist, vajinal malignensi, veziko-vajinal fistül, ektopik üreteral ostium dikkate alınmalıdır.⁶

Prolabe olmuş tüpün tam olarak cerrahi yoldan çıkartılması eğer başarılabilirse en etkin tedavidir. Ancak; tuba uterina, over, mesane ve barsaklar arasında yoğun adezyonlar olabileceği için çoğu olguda ancak parsiyel salpenjektomi yapılabilmektedir.⁷ Koter ve gümüş nitrat gibi ablatif yöntemler sadece granülasyon dokusunun tedavisi için önerilebilir. Tüp prolapsusunun vajinal yolla eksizyonu tercih edilmekle birlikte abdominal yolla eksizyon da yapılmaktadır. Laparaskopi eşliğinde yapılan vajinal girişimler enfeksiyöz ve hemorajik komplikasyonları azaltmaktadır. Sadece laparoskopik yaklaşımla da salpenjektomi veya salpingooforektomi yapılabilmektedir.⁸ Nitekim bizim vakamızda da yaptığımız laparoskopik gözlem sonrasında pelvik bölgede oluşmuş yoğun adezyonlar nedeniyle olası mesane ve barsak yaralanmasından kaçınmak için vajinal yolla parsiyel salpenjektomi yapıldı.

Fallop tüpünün vajen içine prolapsusunda tam bir cerrahi tedavi sonrasında prognoz iyidir. Semptomlar genellikle kısa sürede ortadan kalkar. Eğer total salpenjektomi ile eksizyon gerçekleştirilebilmişse sonrasında rekürrens bildirilmemiştir.

Tedavi edilmeyen tüp prolapsında, vajen asitliği ve kronik inflamasyon nedeniyle metaplazi ve zamanla displazi gelişebilir.⁹

Tüp prolapsusunu önlemenin en kesin yolu, histerektomi operasyonunda tuba uterinaların bırakılmamasıdır. Ancak bu her zaman mümkün olmamaktadır. Vajen kubbesinin tamamen peritonize edilmesi (hemorajik ve enfeksiyöz komplikasyonların azaltılmasını da sağlayacaktır), eğer vajinal yoldan dren konulacaksa drenin ucunun periton altına yerleştirilmesi gibi önlemler, alınabilecek en etkin cerrahi tedbirlerdir.

KAYNAKLAR

1. Muntz HG, Falkenberry S, Fuller AF Jr. Fallopian tube prolapse after hysterectomy. A report of two cases. *J Reprod Med* 1988;33:467-9.
2. Wheelock JB, Schneider V, Goplerud DR. Prolapsed fallopian tube masquerading as adenocarcinoma of the vagina in a postmenopausal woman. *Gynecol Oncol* 1985; 21:369-75.
3. Piacenza JM, Salsano F. Post-hysterectomy fallopian tube prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;98:253-5.
4. Bilodeau B. Intravaginal prolapse of the fallopian tube following vaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1982;143:970-1.
5. Buckett W, Carlin A, Kingsland C. Prolapse of Filshie clips following vaginal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:471-2.
6. Hellen EA, Coghill SB, Clark JV. Prolapsed fallopian tube after abdominal hysterectomy: A report of the cytological findings. *Cytopathology* 1993;4:181-5.
7. Wetchler SJ, Hurt WG. A technique for surgical correction of fallopian tube prolapse. *Obstet Gynecol* 1986;67: 747-9.
8. Kucuk M. Laparoscopic management of fallopian tube prolapse masquerading as adenocarcinoma of the vagina in a hysterectomized woman. *BMC Womens Health* 2002; 2:2.
9. Jashnani KD, Naik LP. Prolapsed fallopian tube with squamous metaplasia. *J Postgrad Med* 2002;48:241-2.