

# Nadir Bir Akut Batın Sebebi: İzole Tubal Torsiyon

## A Rare Cause of Acute Abdomen: Isolated Tubal Torsion: Case Report

Salih SERİN,<sup>a</sup>  
Ender ZENCİR,<sup>a</sup>  
Ayhan COŞKUN,<sup>a</sup>  
Fazıl AVCI,<sup>a</sup>  
Hilal SAKALLI,<sup>a</sup>  
Ayfer OKUMUŞ<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,  
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi  
Tıp Fakültesi, Kahramanmaraş

Geliş Tarihi/Received: 22.08.2013  
Kabul Tarihi/Accepted: 02.12.2013

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Salih SERİN  
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi  
Tıp Fakültesi,  
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,  
Kahramanmaraş,  
TÜRKİYE/TURKEY  
salih-serin@hotmail.com

**ÖZET** İzole tubal torsiyon; jinekolojik aciller arasında 1/1 500 000 insidansı ile oldukça nadir görülen bir akut batın sebebidir. İlk tubal torsiyon olgusu 1980 yılında Bland-Sutton tarafından tanımlanmıştır. Genellikle sağ tubada izlenir. Akut apandisit, ektopik gebelik ve over kist torsiyonu ile karıştırılmaktadır. Ektopik gebeliğin dışlanması için gebelik testinin negatif olduğunun görülmesi gerekir. Adneksiyal alanların ultrason ile incelemesinde overlerin normal olarak izlendiği ve uterusun doğru uzanım gösteren kitle varlığında akla bu anomali getirilmelidir. Manyetik rezonans görüntüleme ve bilgisayarlı tomografi tanıda kullanılabilir. Erken tanısının konulması ve cerrahi uygulanması halinde tubanın korunması olasıdır. Tedavide laparoskopisi en sık tercih edilen tedavi prosedürü olmasına rağmen, laparotomi de sık uygulanmaktadır. Tanıda geç kalınmış veya kliniği geç oturan olgularda ise tubada nekroz gelişmekte ve bu hasta grubunda salpinjektomi yapılması gerekmektedir. Bizim olgumuzda; hasta kliniğine karın ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Akut batın nedeni ile laparotomi yapılan ve izole tubal torsiyon saptanan hastamızda, yapılan gözlemde tubanın nekroze olduğu görülerek salpinjektomi yapıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Karın, akut; fallopian tüpler; salpinjektomi

**ABSTRACT** Isolated tube torsion is considered as a very rare acute abdomen case with an incidence rate of 1/1.500.000 among gynecological emergency cases. First tube torsion case was identified in 1980 by Bland-Sutton. It is generally observed in right tube. This disease is usually confused with acute appendicitis, ectopic pregnancy and ovarian cyst torsion. In order to eliminate the possibility of ectopic pregnancy, pregnancy test result should be negative. This disease should be taken into consideration when ovaries are found to be normal in the examination of adnexal areas via ultrasound and a mass is observed to stretch out to uterine corn. Magnetic resonance imaging and computed tomography can be used for diagnosis. The tube may be protected in case of early diagnosis and surgical approach. Even though laparoscopy is the most commonly preferred treatment procedure, laparotomy is also frequently applied to patients. Necrosis is seen in the tube in the cases which are lately diagnosed or in which patients are late to apply to the clinic; salpingectomy should be applied to this patient group. In our case, the patient applied to the hospital with the complaint of abdominal pain. Laparotomy was administered to the patient because of acute abdomen; the patient was diagnosed with isolated tube torsion and salpingectomy was applied to the patient after necrosis was found in the tube during examination.

**Key Words:** Abdomen, acute; fallopian tubes; salpingectomy

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2014;24(4):237-41

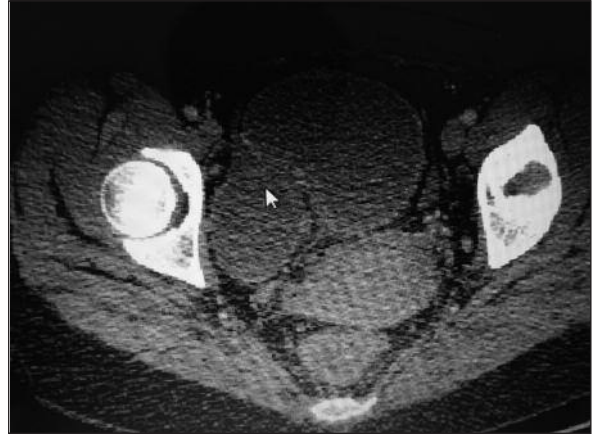
Tubal torsiyon ilk olarak 1980 yılında Bland-Sutton tarafından tanımlanmıştır.<sup>1</sup> İzole tubal torsiyon, akut alt batın ağrısı yapan nedenler içerisinde olup, çok nadir görülmektedir. Yaklaşık olarak insidansı 1/1 500 000'dir.<sup>2</sup> Bildirilmiş olguların çoğunluğu, reproduktif çağıdaki kadınlara aittir. Postmenopozal olgularda çok nadir görülür.<sup>3</sup>

Tubal torsiyonun etiolojisinde paratubal kistler, hidrosalpinks, tümör, konjenital anomaliler, ektopik gebelik, enfeksiyonlar ve tubal ligasyon bulunabilir.<sup>4,6</sup>

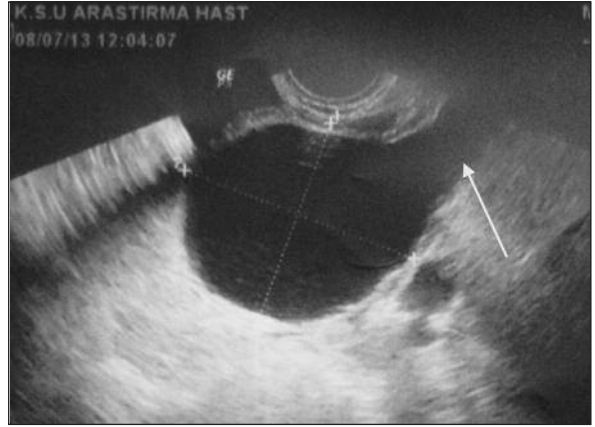
Spesifik bir klinik bulgusu, görüntüleme yöntemi ve karakteristik laboratuvar bulgusu olmadığından ameliyat öncesi tanı çok zordur.<sup>7-10</sup> Daha sıklıkla sağ tuba torsiyone olur. Genellikle akut apandisit ya da over torsiyonu tanısı alır. Akut batın için yapılan eksploratif laparotomide kesin tanısı konulur.<sup>4</sup>

## OLGU SUNUMU

Üç gün öncesinde başlayan alt batın ve kasık ağrısı şikâyeti ile acil servise başvuran 28 yaşındaki hastanın öz geçmişinde bir kez sezaryen ile doğum öyküsü dışında önemli bir özellik yoktu. Hastanın menstrüel düzensizlik öyküsü yoktu. Ağrısı üç gün öncesinde hafif şiddette başlamış ve zamanla da artmıştı. Hasta acil servis kliniğine bulantı ve kusma eşlik etmeye başladıktan sonra başvurmuş. Acil serviste yapılan fizik muayenesinde; genel durumunun iyi olduğu görüldü. Yapılan batın muayenesinde sağ alt kadranda belirgin hassasiyet izlendi. İlk muayenesinde defans ve rebound bulgusu yoktu. Hastanın tablosunun akut apandisit ile uyumlu olabileceği düşünülmüş ve tüm abdomen ultrasonografi (USG) istenmiştir. Yapılan USG incelemesi sonrasında sağ overde bilobüle yapıda 45x41x53 mm boyutlarında iki adet kistik lezyon izlenmiş. Apendiks net olarak vizualize edilememiş. Bunun üzerine hastadan alt abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) istenmiş. Çekilen BT'de sağ adneksiyal alanda kistik kitle izlendiği rapor edilmiş (Resim 1). Ardından hasta acil kliniğinden kadın doğum kliniğine konsulte edilmiş. Kliniğimizde yapılan fizik muayenede batında alt kadranda belirgin hassasiyet mevcuttu. Vital bulguları (ateş, nabız ve arterial tansiyon) normaldi. Hastanın vajinal muayenesinde servikal hassasiyeti vardı. Transvajinal USG'de sağ adneksiyal alanda bilobüle yapıda 44x64 mm boyutunda içerisinde septasyonu olan kistik kitle izlendi (Resim 2). Uterus normal boyutunda ve sol adneksiyal alanda patoloji yoktu. USG'de douglasta minimal serbest mayii izlendi. Doppler USG ile yapılan incelemede, kitlenin ol-

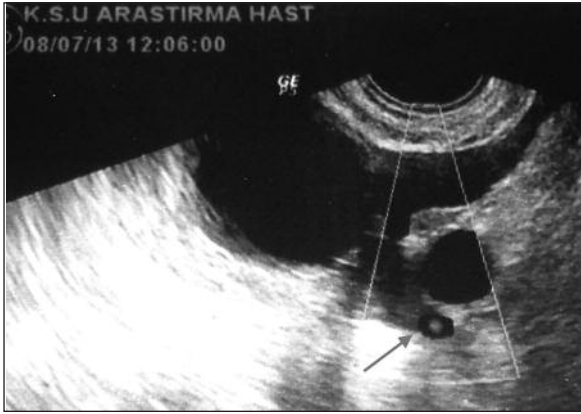


RESİM 1: Kontrastlı BT'de kitle izlenmektedir (ok ile işaretli).

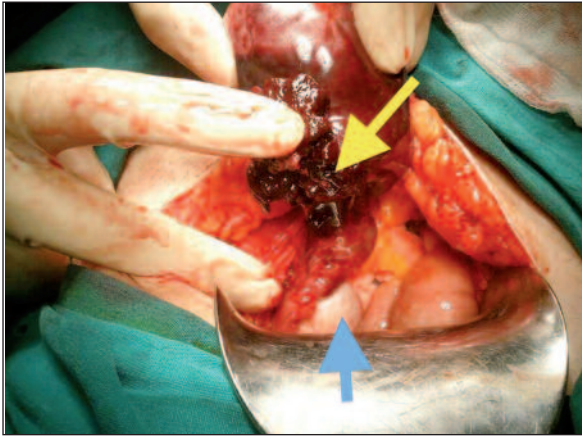


RESİM 2: Transvajinal USG'de uterin korna doğru uzanım gösteren (ok ile gösterildi) kistik yapıda kitle izlenmektedir.

duğu taraftaki overde kan akımı mevcuttu (Resim 3). Yapılan laboratuvar tetkiklerinde; beyaz küre ve sedim değerleri normal sınırlardaydı. Gebelik testi negatifti. Hastanın tetkiklerinde biyokimya ve koagülasyon değerleri normaldi. Takiplerinde zamanla defans ve rebound bulguları da gelişti. Bu bulgular ile hasta akut batın olarak kabul edildi ve acil laparotomi kararı verildi. Genel anestezi altında pfannenstiel insizyon ile batına girildi. Yapılan gözlemede batında sıvama tarzında serohemorajik vasıfta mayii izlendi. Sağ tubanın kendi etrafında dört kez torsiyone olduğu ve 5 cm'lik nekroze olmuş kitle görüldü (Resim 4). Sol tuba, uterus ve her iki over doğaldı. Torsiyone olmuş olan sağ tubanın özellikle distal kısmı tamamen nekroze olmuştu (Resim 5). Tuba fimbriyal uçtan tıkalı ve ödemli olarak izlendi. Tubanın nekroze ol-



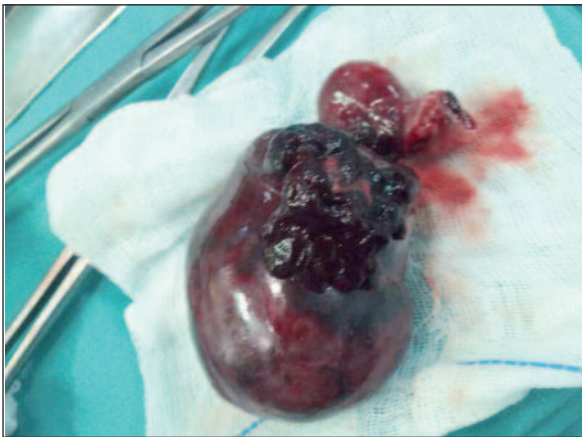
**RESİM 3:** Transvajinal USG'de Doppler ile sağ overde kan akımının normal olduğu izlendi (ok).



**RESİM 4:** Operasyon sırasında tubanın nekroze ve torsiyone olduğu izlenirken (sarı ok), sağ overin normal yapıda olduğu görülmektedir (mavi ok).

(Renkli hali için Bkz.

<http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/jinekoloji-obstetrik-dergisi/1300-0306/>)



**RESİM 5:** Operasyon esnasında salpinjektomi yapılan nekroze olmuş tuba izlenmektedir.

(Renkli hali için Bkz.

<http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/jinekoloji-obstetrik-dergisi/1300-0306/>)

masından dolayı sağ salpinjektomi yapıldı ve operasyon sonlandırıldı. Hastanın nihai patoloji sonucu nekroze olmuş tuba ve hidrosalpinks olarak raporlandı. Hasta, postoperatif dönemde yapılan takiplerinde sorunsuz olarak üçüncü gününde taburcu edildi.

## TARTIŞMA

İzole tubal torsiyon, daha çok üreme çağındaki kadınlarda görülmekte olup; premenarş, premenopoz ve menopoz dönemindeki kadınlarda oldukça nadirdir.<sup>2,5,9,11-13</sup> Adnekslerde olan kısmi ya da tam torsiyon sonrasında tubal hacim artar ve hidrosalpinks oluşur. Eğer arteriyel besleme devam ederse hemorajik infarktüs ve hematosalpinks tablosu gelişir.<sup>2,5,14-17</sup> Tubal torsiyon; çoğunlukla sağ tüpte görülmektedir. Bunun olası nedenleri; sol tarafta sigmoid kolonun kitle etkisi ile sol tüpün mezosalpinks etrafında dönmesini engellemesi, sağ taraftaki göreceli olarak yetersiz venöz dönüş, appendiksin sağ tarafta yer alması nedeni ile sağ taraf pelvik ağrılarda daha sık laparomi yapılması olarak düşünülmektedir.<sup>18</sup>

Çoğu zaman tubal torsiyon için önceden var olan tubal faktörler söz konusudur. Bunlar: paratubal kistler, hidrosalpinks, tümör, konjenital anomaliler ve tubal ligasyondur. Diğer risk faktörleri ise over kistleri, overyan hiperstimülasyonu, enfeksiyon, ektopik gebelik, endometriozis ve travmaya sekonder sebeplerdir.<sup>19</sup> Doksan iki olgunun derlendiği bir çalışmada, adneksiyal torsiyonun %89'unun benign nedenlerle ve bunların %80'inde 50 yaşından genç hastalarda olduğu bildirilmiştir.<sup>8,20</sup>

İzole tubal torsiyonun ayırıcı tanısı, jinekolojik olan ve olmayan sebepler olarak incelenmektedir. Jinekolojik sebepler; over kist torsiyonu veya rüptürü, ektopik gebelik, pelvik inflamatuvar hastalık, rüptüre korpus luteum kisti gibi sebeplerdir. Jinekolojik olmayan sebepler ise; apandisit, sistit, renal kolik, bilier kolik, mezenterik lenfadenit ve herni strangülasyonu gibi sebeplerdir.<sup>2,5,12</sup>

Hastalarda genellikle alt batında kolik tarzda ani başlayan ağrı şikâyeti olur. Ağrı sırta, bacağına da uyluk bölgesine yansıyan karakterde olabilir.

Fizik muayenede adnekte pelvik kitle saptanabilir ve servikal hassasiyeti de olabilir.<sup>2,8,9,15</sup> Ancak bu bulguların hepsi nonspesifiktir. Ateş ve kanda lökosit değerleri normal ya da artmış olabilir. Spot idrar örneklerinde genellikle anormallik saptanmaz.<sup>21</sup> Bizim olgumuzda sağ alt kadranda ağrısı vardı. Fizik muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet vardı. Kliniğe bulantı-kusma eşlik ediyordu.

USG incelemesinde; uterin korna yakın, tesbih dizisi tarzında uzanım gösteren kıvrık yapıda kitlenin olması ve bu kitlenin overden ayrı olarak gösterilmesi tubal torsiyona işaret edebilir. Doppler USG'de; tübüler yapıda yüksek empedans saptanması ve diyastolik akımın yokluğu veya ters akım olması, özellikle öyküsünde tubal ligasyon olanlarda önemli bulgudur. Doppler'de girdap bulgusunun olması, torsiyonda oluşan çift akımdan dolayıdır ve başka durumlarda izlenmez.<sup>11,12,15,22</sup>

Olgumuzda yapılan radyolojik incelemelerde ortak bulgu sağ adneksiyal alanda biloküle kistik kitlenin izlenmiş olmasıydı. Yapılan transvajinal USG'de, Doppler incelemede her iki overin kan akımının da doğal olduğu izlendi.

Tubal torsiyon ayırıcı tanısında manyetik rezonans ve BT'de kullanılabilir. Preoperatif tanı hastaların sadece %20'sinde konulabilmektedir. Hastaların büyük çoğunluğuna laparotomi ya da laparoskopisi ile tanı konulmaktadır.<sup>19</sup> Bizim olgumuzda da BT ile yapılan incelemelerde sağ adneksiyal alanda biloküle kistik kitle olduğu saptanmış, fakat tubal orijinli olup-olmadığı anlaşılammıştır. Hastanın nihai klinik tanısı laparotomi ile konulmuştur.

Cerrahi yönetim, tubal torsiyonun tedavisinde altın standart yöntemdir. Girişimin yapıldığı eveye bağlı olmak üzere cerrahi seçenekler tubanın detorsiyonu, salpingostomi ve salpinjektomidir.<sup>4</sup> Cerrahi tedavi laparotomi ve laparoskopisi ile yapıl-

maktadır. Cerrahi yöntem olarak hem daha hızlı iyileşme sağladığı için hem de daha az adezyon oluşturduğu için laparoskopisi daha çok tercih edilmektedir. Cerrahi uygulanan hastalarda yapılan gözlem sonrasında tuba henüz nekroze olmamış ise ve hastanın fertilitate arzusu var ise, tuba detorsiyone edilerek konservatif yaklaşımda bulunulabilir. Tubada nekroz gelişmiş ise tromboz riskini arttıracığından dolayı mevcut dokunun çıkarılması önerilmektedir.<sup>23</sup> Hastamızda laparotomi sırasında yapılan gözlemlerde tubanın nekroze olduğunun görülmesi üzerine hastaya salpinjektomi yapılmıştır.

Literatürde tubal detorsiyon sonrasında gebelik bildirilmiştir, ancak konservatif yaklaşımlar sonrasında torsiyonun nüks olasılığı da göz önüne alınmalıdır.<sup>19,24</sup> Rekürren tubal torsiyon olgularında tubanın pelvik duvara fiksasyonu önerilmektedir.<sup>25</sup>

Diğer önemli bir konu da tubal torsiyonun jinekolojik bir acilin yanında obstetrik bir acil olarak da karşımıza çıkabilecek olmasıdır. Literatürde gebelik sırasında akut batın ile başvuran hastalarda tubal torsiyon insidansı %12 olarak verilmektedir. Bu hastalarda etioloji ve tedavi protokolleri jinekolojik nedenler ile benzerdir.<sup>4</sup> Bu hastalarda tedavide laparoskopisi veya laparotominin tercih edilmesinde fetal ve maternal açıdan anlamlı farklar yoktur.<sup>26</sup>

Sonuç olarak, izole tubal torsiyon; oldukça nadir olmasına rağmen akut batın tablosu ile karşımıza çıkabilecek bir jinekolojik acildir. Özellikle akut batın tablosu olan, adneksiyal kitlesi olan ve her iki overin net olarak normal izlendiği hasta grubunda izole tubal torsiyon akılda tutulmalıdır. Preoperatif dönemde tanı ve cerrahinin zamanlaması hastanın konservatif tedaviden fayda görme şansını da arttıracaktır.

## KAYNAKLAR

1. Bland -Sutton J. Remarks on Salpingitis and some of its effect. *Lancet* 1890;136(3509): 1146-8.
2. Shukla R. Isolated torsion of the hydrosalpinx: a rare presentation. *Br J Radiol* 2004;77(921): 784-6.
3. Ozgun MT, Batukan C, Turkyilmaz C, Serin IS. Isolated torsion of fallopian tube in a post-menopausal patient: a case report. *Maturitas* 2007;57(3):325-7.
4. Phupong V, Intharasakda P. Twisted fallopian tube in pregnancy: a case report. *BMC Pregnancy Childbirth* 2001;1(1):5.
5. Malhotra V, Dahiya K, Nanda S, Malhotra N. Isolated torsion of the fallopian tube in a perimenopausal woman: A rare entity. *Journal of Gynecologic Surgery* 2012;28(1):31-3.
6. Rezvani M, Shaaban AM. Fallopian tube disease in the nonpregnant patient. *Radiographics* 2011;31(2):527-48.
7. Hansen OH. Isolated torsion of the Fallopian tube. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1970;49(1): 3-6.
8. Ho PL, Liang SJ, Su HW, Chang CY, Hsu CS, Ling TH. Isolated torsion of the fallopian tube: a rare diagnosis in an adolescent without sexual experience. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2008;47(2):235-7.
9. Krissi H, Shalev J, Bar-Hava I, Langer R, Herman A, Kaplan B. Fallopian tube torsion: laparoscopic evaluation and treatment of a rare gynecological entity. *J Am Board Fam Pract* 2001;14(4):274-7.
10. Youssef AF, Fayad MM, Shafeek MA. Torsion of the fallopian tube. A clinico-pathological study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1962;41: 292-309.
11. Masroor I, Khan N. Torsion of fallopian tube, fimbrial cyst. *J Pak Med Assoc* 2008;58(10): 571-3.
12. Samiee H, Asgari Z, Mahdavi A, Khoshideh M, Taslimi S, Karimi M. Isolated fallopian tube torsion: a case report and review of literature. *Journal of Family and Reproductive Health* 2010;4(2):87-9.
13. Goktolga U, Ceyhan T, Ozturk H, Gungor S, Zeybek N, Keskin U, et al. Isolated torsion of fallopian tube in a premenarcheal 12-year-old girl. *J Obstet Gynaecol Res* 2007;33(2):215-7.
14. Bernardus RE, Van der Slikke JW, Roex AJ, Dijkhuizen GH, Stolk JG. Torsion of the fallopian tube: some considerations on its etiology. *Obstet Gynecol* 1984;64(5):675-8.
15. Bertolotto M, Serafini G, Toma P, Zappetti R, Migaleddu V. Adnexal torsion. *Ultrasound Clinics* 2008;3(1):109-19.
16. Furui T, Imai A, Yokoyama Y, Tamaya T. Hematosalpinx and torsion of the fallopian tube in a virgin girl. *Gynecol Obstet Invest* 1993;35(2):123-5.
17. Fortina E, Riboni F, Leo L, Catinella A, Surico D, Boldorini R. Fallopian tube torsion and hematosalpinx in a menopausal woman. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008;140(2): 276-7.
18. Phillips K, Fino ME, Kump L, Berkeley A. Chronic isolated fallopian tube torsion. *Fertil Steril* 2009;92(1):394.e1-3.
19. 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.e23-5.
20. Varras M, Tsikini A, Polyzos D, Samara Ch, Hadjopoulos G, Akrivis Ch. Uterine adnexal torsion: pathologic and gray-scale ultrasonographic findings. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2004;31(1):34-8.
21. Akbay E, İdil NS, Yaşar L, Uzunçakmak C, Akçığ Z, Yalçınkaya H. [Isolated torsion of fallopian tube at term pregnancy]. *Medical Journal of Bakırköy* 2009;5(1):35-6.
22. Jalaguier-Coudray A, Thomassin-Naggara I, Chereau E, Rouzier R, Darai E, Bazot M. A case of isolated torsion of the fallopian tube: an added value of magnetic resonance imaging. *European Journal of Radiology Extra* 2011;79(1):e1-e4.
23. Breitowicz B, Wiebe BM, Rudnicki M. Torsion of bilateral paramesonephric cysts in young girls. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84(2): 199-200.
24. Blair CR. Torsion of the fallopian tube. *Surg Gynecol Obstet* 1962;114:727-30.
25. Milki A, Jacobson DH. Isolated torsion of the fallopian tube. A case report. *J Reprod Med* 1998;43(9):836-8.
26. Kizer NT, Powell MA. Surgery in the pregnant patient. *Clin Obstet Gynecol* 2011;54(4):633-41.