

Üçüncü Trimester Gebede Uterus Torsiyonu

Uterine Torsion in Third Trimester Pregnancy: Two Case Reports

Dr. Ali KOLUSARI,^a
Dr. Recep YILDIZHAN,^a
Dr. Mertihan KURDOĞLU,^a
Dr. Ertan ADALI,^a
Dr. Neşet YILDIRIM,^a
Dr H. Güler ŞAHİN,^a
Dr. Mansur KAMACI^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Van

Geliş Tarihi/Received: 06.03.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 08.06.2009

*Bu çalışma, 6. Jinekoloji Obstetrik
Demeği Kongresi (14-19 Mart 2008, An-
talya)'nde poster olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Ali KOLUSARI
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Van,
TÜRKİYE/TURKEY
dralikolusari@yahoo.com

ÖZET Gebelikte 45 derecenin üzerinde uterus torsiyonu oldukça nadir görülen ve klinik tanısı zor olan bir komplikasyondur. Maternal prognoz genellikle iyidir. Ancak perinatal mortalitesi yüksektir. Bu çalışmada, obstetrik pratiğimizdeki uterus torsiyonlu iki olgu rapor edilmiştir. İlk olgumuz eylemde miad gebelik ve transvers duruşu nedeni ile, ikinci olgumuz ise ilerlemeyen eylem tanısıyla sezaryene alındı. Yapılan eksplorasyonda iki olguda uterusun 180 derece sağa rotasyonu tespit edildi ve bebekler uterus posterior alt segment transvers insizyon ile doğurtuldu. Ameliyat sırasında ve sonrasında herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Sonuç olarak uterus torsiyonu nadir görülen bir durumdur. Semptomlarının nonspesifik olması nedeni ile tanısı güçtür. Özellikle fetal prezantasyon anomalisi bulunan ve ilerlemeyen eylemi olan olgularda uterus torsiyonu akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik; uterus; torsiyon; sezaryen; histerotomi

ABSTRACT Uterine torsion of more than 45 degrees in pregnancy is an uncommon but potentially life threatening condition. Maternal prognosis is favorable but perinatal mortality is increased. We reported two cases of uterine torsion from our obstetrical practice. The first case was a term pregnant in labor with abnormal (transverse) fetal presentation and the second case with abnormal labor progress. Both cases underwent caesarean section. Upon exploration, a dextrorotation of 180 degrees in both cases was detected and birth was performed with transverse incision in the posterior lower segment. No complication was observed. In conclusion, the non-specific clinical course and rarity of this condition makes the preoperative diagnosis difficult but obstetricians should have this complication in mind when performing a caesarean section on a woman with abnormal presentation of the fetus or in case of a failure in labor.

Key Words: Pregnancy; uterus; torsion abnormality; cesarean section; hysterotomy

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2009;19(6):368-70

Gebelikte 45 derecenin üzerinde uterus torsiyonu oldukça nadir görülmekle birlikte, 720 derece torsiyon bildiren literatürler de mevcuttur.^{1,2} Klinik tanısı zor olan bir komplikasyondur. Maternal prognoz genellikle iyidir. Ancak perinatal mortalitesi yüksektir. Genellikle uterus torsiyonu miyomatozis uteri, konjenital deformiteler, fetal prezantasyon anomalileriyle birlikte görülür.¹ Klinik takiplerde öncelikle dikkatli bir anamnez alınmalı ve ultrasonografi (USG)'de uterus oryantasyonu, plasentanın yerleşim yeri, overdeki damarlanmaların not edilmesi klinik tanının atlanmaması için faydalı olabilir.^{1,3} Bu çalışmada, doğumu

kliniğimizde gerçekleştirilen, sezaryen anında tanısı konulan 180 derece torsiyone olmuş iki olgunun sunumu yapılmıştır.

OLGU SUNUMLARI

OLGU 1

Otuz yedi yaşında gravida 7, parite 4 olan olgu, sancılarının başlaması üzerine kliniğimize başvurdu. Gebeliği boyunca takipsiz olan olgunun yapılan obstetrik USG'sinde 39 hafta ile uyumlu transvers duruşu bulunan, tek canlı gebelik saptandı. USG'de ek bir patoloji izlenmedi. Aktif eylemi bulunan olgunun obstetrik muayenesinde servikal açıklık 3-4 cm, efasman %40, amniyon zarı pozitif ve prezantasyon ise omuz olarak saptandı. Olgu eylemde miad gebelik ve transvers duruş tanılarıyla acil sezaryene alındı. Sezaryen esnasında uterusun 180 derece sağa torsiyone olduğu görüldü. Uterus detorsiyone edilmeye çalışıldı, ama başarılı olunamadı. Bunun üzerine uterusu posterior alt segment transvers insizyon yapılarak 5-10 APGAR'lı, 4.200 gr kız bebek ayaklarından yakalanarak doğurtuldu. Uterus insizyonu 3 cm kadar inferior yönünde uzadı. Ameliyat esnasında ve sonrasında herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Postoperatif 5. günde iyilik haliyle taburcu edildi.

OLGU 2

Otuz yaşında, ilk gebeliği olan olgu sancılarının başlaması üzerine kliniğimize başvurdu. Obstetrik USG'de 37 hafta ile uyumlu tek canlı gebelik izlendi. Yapılan obstetrik muayenesinde; servikal açıklık 3 cm, efasman %50, amniyon zarı pozitif ve prezantasyon ise verteks olarak saptandı. Spontan kontraksiyonları olan olguya herhangi bir eylem yardımında bulunulmadan travay odasında takip edildi. Olgu 3 saat aktif eylem sonrasında eylemin ilerlememesinden dolayı acil sezaryene alındı. Sezaryen esnasında uterusun 180 derece sağa torsiyone olduğu görüldü. Uterus normal pozisyonuna getirilemeyince, uterusu posterior alt segment transvers insizyon yapılarak verteks prezantasyonlu, 4-7 APGAR'lı, 4.100 gr erkek fetus doğurtuldu. Olgu postoperatif 4. günde iyilik haliyle taburcu edildi.

TARTIŞMA

Gebe uterus torsiyonu, literatürde uterusun uzun eksenini etrafında 45 dereceden fazla dönmesi olarak tanımlanmaktadır.⁴ Sağa doğru rotasyon daha sık olup, olguların 2/3'ünü oluşturmaktadır.⁵ Genellikle intraoperatif tanı konulur ve posterior histerotomi yapmak zorunda kalınabilir.⁶ Torsiyon doğumda, postpartum dönemde ve gebeliğin tüm trimesterlerinde görülebilir. Yavaş seyirli ya da ani başlangıçlı olabilir ve tekrarlama riski vardır.⁷ Bilateral round ligamentlerin plikasyonu postpartum tekrarlama riskini azaltır.^{8,9} Torsiyonun mekanizması kesin olarak bilinmemekle birlikte, uterus korpusu ile serviks arasındaki zayıflığın bu duruma zemin hazırlayabileceği ileri sürülmektedir.⁷ Etiyolojiye bakıldığında yaklaşık %20'si idiyopatik olup, torsiyona neden olabilecek herhangi bir patoloji saptanmaz. Diğer etiyolojik nedenler arasında miyomlar (%30), uterin anomalileri (%15), over kistleri (%6.5), pelvik adezyonlar (%8.4) ve pelvis ile vertebra anomalileri (%2.8) bulunmaktadır.¹⁰ Uterus torsiyonunun risk faktörleri arasında iri fetus bulunmamakla birlikte her iki olgumuz makrozomik idi. Literatürde nonspesifik pelvik ağrısı bulunan 4.520 g ve asemptomatik 5.040 g ağırlığında uterus torsiyonu bulunan iki olgu rapor edilmiştir.^{11,12} Uterus torsiyonu etiyojisinde iri fetusun da rol alabileceği akılda bulundurulmalıdır. Gebelikte uterus torsiyonunda klinik semptomlar nonspesifik olup, tanısı zordur.^{1,3} Ani başlangıçlı karın ağrısı, vajinal kanama ve nadiren de şok gibi semptomlar görülmekle birlikte %11 oranında asemptomatiktir.^{4,7} Uterus torsiyonunda uterin kramplar, fetal hareketlerde azalma, ilerlemeyen eylem, fetal taşikardi gelişen olgular vardır. Uterus torsiyonunda uterus kan akımı azalacağından anormal fetal kalp atımına neden olabilir.³ Uterus torsiyonu özellikle 3. trimesterde anne ve fetus için potansiyel tehlike oluşturmaktadır.¹³ 1976'dan beri fetal mortalite %12, maternel mortalite %0 olarak bildirilmektedir.⁴ Asemptomatik klinik belirtilerden dolayı torsiyona eşlik edebilecek; miyoma uteri, pelvik tümör, anormal fetal prezantasyon ve anormal pelvik yapının iyi değerlendirilmesi gerekir.^{1,14} Ayrıca, dış sefalik versiyon esnasında fetal

bradikardi gelişmiş olgular da rapor edilmiştir.¹⁴ Üretra ve rektumun helezon şeklinde dönmesi, vajen aksında kıvrılma ve uterin arterlerin nabızlarının ön ve arka fornikte alınması gibi uterus torsiyonunun 4 özgül belirtisi vardır. Bunlara ilave olarak overler ve serviks de yer değiştirebilir.¹⁵ Ancak bu belirtiler her zaman bariz bir şekilde görülmemektedir.¹⁶ Dandawate ve ark. asemptomatik uterus torsiyonlu ikiz gebeliği bulunan bir olgu rapor etmiş olup, olgunun 12, 20, 28, 32 ve 36. haftalarda yapılan antenatal takiplerinde plasentanın fundus anteriorda iken 38. haftada plasentanın posteriora yer değiştirdiğini tespit etmişlerdir.¹⁷ Her iki olgumuzun daha önce yapılmış USG kontrolleri olmadığından plasenta lokalizasyonları bilinmiyordu. Takipli olan olguların plasenta lokalizasyonları kayıt altına alınmalıdır ve herhangi bir yer değişikliği durumunda uterus torsiyonu akla getirilmelidir. Kim ve ark.nın çalışmasında daha önce sezaryen olmuş bir olguya elektif sezaryen planlandığı ve 38 hafta gebeliği olan olgunun operasyon esnasında uterusun 180 derece torsiyone olduğu ve posterior klasik hysterotomi yapıldığı rapor edilmiştir.¹⁸ Uterusun anatomik pozisyonuna

getirilemediği durumda bazı cerrahlar posterior hysterotomiyi uygulamaktadır.⁹ Transvers kesilere alternatif olarak longitudinal kesiler kullanılabilir.^{4,19} Bazı cerrahlar ise ameliyat öncesi tanı konulan olgularda detorsiyon için geniş midline insizyon kullanmaktadır.⁹ Hiçbir yöntem ideal olmayıp, posterior girişlerin uterin damarları ve ureterleri zedeleyebileceği ve adezyon oluşumuna neden olabileceği bildirilmektedir. Geniş midline insizyon ise anlamlı bir şekilde morbiditeyi artırmaktadır.¹⁶ Her iki olgumuzda da uterin repozisyonu yapılamadığı için posterior hysterotomi yapılmış olup herhangi bir komplikasyon izlenmemiştir. Anne ve bebekler sağlıklı olarak taburcu edilmiştir.

Sonuç olarak, uterus torsiyonu nadir görülen bir durumdur. Semptomlarının nonspesifik olması nedeni ile tanısı güçtür. Özellikle fetal prezantasyon anomalisi bulunan ve ilerlemeyen eylemi olan olgularda uterus torsiyonu akılda bulundurulmalıdır. USG'de uterus oryantasyonu, plasentanın yerleşim yeri, overdeki damarlanmaların not edilmesi klinik tanının atlanmaması için faydalı olabilir.

KAYNAKLAR

1. Carbonne B, Cabrol D, Viltart JP, Papiernik E. [Torsion of the pregnant uterus]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1994;23(6):717-8.
2. Özgünen T, Evrücke C, Kadayıfçı O, Kataya N. 3A case report: an uterine torsion. *Türkiye Klinikleri Jinecol Obst* 1996;6(4):330-1.
3. Guié P, Adjobi R, N'guessan E, Anongba S, Kouakou F, Boua N, et al. Uterine torsion with maternal death: our experience and literature review. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2005;32(4):245-6.
4. Jensen JG. Uterine torsion in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71(4):260-5.
5. Steigrad SJ. Torsion of the gravid uterus. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 1987;27(1):66-8.6.
6. Picone O, Fubini A, Doumerc S, Frydman R. Cesarean delivery by posterior hysterotomy due to torsion of the pregnant uterus. *Obstet Gynecol* 2006;107(2 Pt 2):533-5.
7. Rich DA, Stokes IM. Uterine torsion due to a fibroid, emergency myomectomy and transverse upper segment caesarean section. *BJOG* 2002;109(1):105-6.
8. Mustafa MS, Shakeel F, Sporong B. Extreme torsion of the pregnant uterus. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 1999;39(3):360-3.
9. Pelosi MA 3rd, Pelosi MA. Managing extreme uterine torsion at term. A case report. *J Reprod Med* 1998;43(2):153-7.
10. Nesbitt RE Jr, Corner GW Jr. Torsion of the human pregnant uterus. *Obstet Gynecol Surv* 1956;11(3):311-32.
11. Fait G, Grisar D, Gull I. Torsion of the pregnant uterus at term. *Int J Gynaecol Obstet* 1997;59(1):41-2.
12. El-Taher SS, Hussein IY. Unexpected torsion of the gravid uterus. *J Obstet Gynaecol* 2004;24(2):177.
13. Wilson D, Mahalingham A, Ross S. Third trimester uterine torsion: case report. *J Obstet Gynaecol Can* 2006;28(6):531-5.
14. Salani R, Theiler RN, Lindsay M. Uterine torsion and fetal bradycardia associated with external cephalic version. *Obstet Gynecol* 2006;108(3 Pt 2):820-2.
15. Duplantier N, Begneaud W, Wood R, Dabiez C. Torsion of a gravid uterus associated with maternal trauma. A case report. *J Reprod Med* 2002;47(8):683-5.
16. Munro KI, Horne AW, Martin CW, Calder AA. Uterine torsion with placental abruption. *J Obstet Gynaecol* 2006;26(2):167-9.
17. Dandawate B, Carpenter T. Asymptomatic torsion of pregnant uterus. *J Obstet Gynaecol* 2006;26(4):375-6.
18. Kim SK, Chung JE, Bai SW, Kim JY, Kwon HK, Park KH, et al. Torsion of the pregnant uterus. *Yonsei Med J* 2001;42(2):267-9.
19. Rudloff U, Joels LA. Irreducible uterine torsion at caesarean section: how to deliver? *J Obstet Gynaecol* 2003;23(1):76-7.