

İzole Tubal Torsiyonun Laparoskopik Detorsiyonu

Laparoscopic Detorsion of the Isolated Tubotorsion: Case Report

Neval YAMAN GÖRÜK,^a
Ahmet GÖÇMEN,^a
Fatma EMRALI,^a
Yeşim YEŞİLKAYA^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 09.09.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 25.11.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:
Neval YAMAN GÖRÜK
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
neval-yaman81@hotmail.com

ÖZET İzole tubal torsiyon oldukça nadir bir durumdur. Üreme çağında sıklıkla görülür. Akut karın ağrısının önemli bir nedenidir ve tanıda sıklıkla akut apandisit ve over torsiyonu ile karıştırılır. Renkli Doppler ultrasonografi (USG) preoperatif tanıda yardımcı olabilir. Tanı esas olarak laparoskopisi ile konulur. Olgu; 24 yaşında virgo hasta bir gün önce ani başlangıçlı kasık ağrısı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. USG de sol adneksiyel alanda heterojen ekojenitede kistik kitle izlendi. Doppler USG'de kitlede akım izlenmedi. Hastaya over torsiyonu ön tanısı ile diagnostik laparoskopisi yapıldı. Sol tuba izole şekilde iki kez kendi etrafında torsiyone idi. Tuba detorsiyone edildi. Laparoskopisi ile erken tanı torsiyone olmuş iskemik adneksin revaskülarizasyon şansını artırır. Adneksiyel torsiyonun laparoskopik detorsiyonu üreme çağındaki hastalarda tubanın ve fertilitenin korunması için ilk tercih olabilir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopisi; fallop tüp hastalıkları

ABSTRACT Isolated fallopian tube torsion is a rare clinical entity. It is often seen in the reproductive age group. It is an important cause of acute abdominal pain and frequently misdiagnosed as acute appendicitis or ovarian torsion. Color Doppler ultrasonography (USG) can help the preoperative diagnosis. The diagnosis is mainly made with laparoscopy. Our case is a 24-year-old virgo patient admitting to the hospital with the complaint of pelvic pain. Her complaint had started the day before with sudden onset. With sonography a cystic mass with heterogeneous echogenicity was observed in the left adnexal area. Color Doppler USG was demonstrated absent flow on the mass. Diagnostic laparoscopy was done based on the diagnosis of adnexial torsion. Left tuba was observed to twist around itself twice. We performed detorsion successfully. Early diagnosis by laparoscopy increases the chances of revascularization of the torsed ischemic adnexa. Detection and detorsion of a torsed adnexa by laparoscopy has been recommended as the treatment of choice for patients of reproductive age in the attempt to preserve the tube and fertility.

Key Words: Laparoscopy; fallopian tube diseases

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2012;22(4):261-3

Torsiyon adneksiyel elemanların kendi etrafında dönmesi ile oluşmaktadır. Çoğunlukla over ve fallop tüpü broad ligamentin etrafında dönmektedir. Daha az sıklıkla yalnızca over, mezovaryum etrafında ve nadir olarak yalnızca fallop tüpü mezosalpenks etrafında dönebilir.^{1,2} Adneks torsiyonu üreme çağında daha sıktır. İzole tubal torsiyon insidansı ise yaklaşık olarak 1/1,5 milyondur.¹ Klinik olarak ilk semptom karın alt kadranda şiddetli ağrıdır. Başlangıç anidir ve birkaç saat sonra kötüleşecek şekilde, aralıklı olarak devam eder. Ağrı genellikle böğüre ve kalçaya ya-

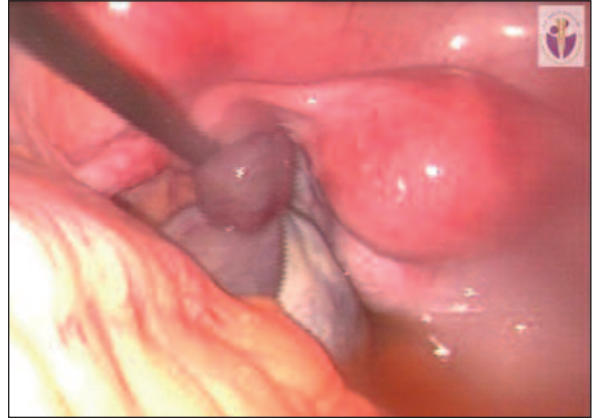
yılmakla birlikte, torsiyonun olduğu tarafta lokalizedir. Ağrıya sıklıkla bulantı ve kusma eşlik eder.³ Tanı esas olarak laparoskopi ile konulur. Ancak renkli Doppler ultrasonografi (USG) preoperatif tanıda yardımcı olabilir. Doppler USG'de dilate tüp duvarında ters diyastolik akım ya da hiç akım izlenmezken aynı taraftaki over dokusunda normal kan akımı görülebilir.⁴

Torsiyon sonografik olarak dış gebelik, tuboovaryan apse, hemorajik over kisti ve endometriomayı taklit edebilir. Ancak torsiyon normal Doppler sonografi temel alınarak dışlanmamalıdır. Bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans görüntüleme komplike olgularda veya tam olmayan ya da kronik torsiyon olgularında yardımcı olabilir. Tedavide tubanın laparoskopik detorsiyonu üreme çağındaki hastalarda ilk tercih olabilir. Bu olguda da izole tubal torsiyonun laparoskopik detorsiyonu sunulmuş ayrıca bu konu ile ilgili literatür bilgileri incelenmiştir.

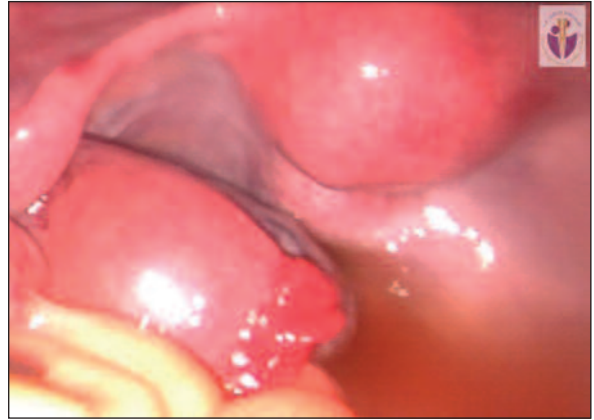
OLGU SUNUMU

Yirmi dört yaşında virgo hasta, bir gün önce ani başlangıçlı kasık ağrısı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Bulantı kusması olmayan hastanın ağrısı aralıklı olarak sol alt kadranda devam etmekteydi. Yapılan fizik muayenede defans ve rebound yoktu ancak sol adneksiyel alanda hassasiyeti mevcuttu. Transabdominal USG'de uterus normal boyutlarda, endometriyal kalınlık çizgi halinde, sağ over polikistik görünümde, sol over polikistik ve sol adneksiyel alanda 41 x 50 x 35 mm heterojen ekojenitede kistik kitle izlendi. Kitlenin renkli Doppler USG incelenmesinde akım yoktu. Douglasta minimal serbest mayi mevcuttu. Human koryonik gonadotropin negatif, hemogram, biyokimyasal tetkikler, tümör belirteçleri ve idrar tahlili normaldi. Ateş 38,7 °C ve CRP negatifti.

Hasta durumu hakkında bilgilendirildi ve over torsiyonu ön tanısı ile diagnostik laparoskopi kararı verildi. Yapılan laparoskopik gözlemlerde uterus normal, her iki over polikistik olarak izlendi. Sağ tuba normal yapıdaydı. Sol tuba izole şekilde iki kez kendi etrafında torsiyone olmuş, ödemli, gangrenöz görünümdeydi (Resim 1). Laparoskopik olarak tuba detorsiyone edildi, birkaç saniye içerisinde



RESİM 1: Sol tuba izole şekilde iki kez kendi etrafında torsiyone olmuş. (Renkli hali için Bkz. <http://jinekoloji.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 2: Detorsiyon sonrası tubal görünüm. (Renkli hali için Bkz. <http://jinekoloji.turkiyeklinikleri.com/>)

tubadaki renk değişikliği normale döndü (Resim 2). Postoperatif 2. günde yapılan renkli Doppler USG'de daha önce akım izlenmeyen sol over komşuluğundaki tubada normal akım paterni alındı. Adet düzensizliği tarifleyen hasta polikistik over sendromu ön tanısı ile tetkik ve tedavi amaçlı poliklinik kontrolü önerilip taburcu edildi.

TARTIŞMA

İzole tubal torsiyon nadir görülen bir durumdur ve bu konu ile ilgili az sayıda yayın bulunmaktadır. Bu nedenle tuba torsiyonu ile birlikte tuba ovarian torsiyonları da içeren literatür bilgileri incelenmiş ve bu bölümde tartışılmıştır. Daha önceki yıllara ait yayınlarda tubal torsiyonu olan olgularda dü-

zeltile torsiyon tans trombüs salınımı ve buna bağı emboli olasılığına karşı genellekle adnektomi yapılmıştır. McGovern ve ark., yaklaşı 1000 torsiyon olgusunu değerlendirmişler ve olguların yalnızca %0,2'sinde pulmoner emboli gelişmiştir. Pulmoner emboli adneksin çıkarılması ile birlikte olup, hiçbir pedikülün konservatif olarak düzeltilmesi ile ilişkili bulunmamıştır.⁵ Zweizig ve ark.nın 94 adneksiyel torsiyon olgusunu değerlendirdikleri çalışmalarında detorsiyon uygulanan hastalar ile adnektomi yapılan hastalar arasında morbidite açısından bir fark bulunmamıştır.⁶ Bu nedenle genellikle adneksin detorsiyonu önerilmektedir. Torsiyonun düzeltilmesinden sonra, dakikalar içerisinde konjesyon hafifler, siyanoz tipik olarak azalır. Ancak siyanozun devam etmesi nekroz için patognomik değildir. Cohen ve ark., 54 olguda detorsiyonu izleyerek, görünümlelerinden bağımsız olarak korudukları adneksleri değerlendirmişler-

dir. Olguların %95'inde işlevsel devamlılık ve sonrasında başarılı gebelik bildirmişlerdir.⁷

Torsiyone tubanın detorsiyonu, tedavinin amacıdır ancak nadiren de olsa nekroz gerçekleşebilir, bu nedenle postoperatif dönemde yüksek ateş, lökositoz, peritoneal bulgular dikkatlice incelenmelidir. Detorsiyon sonrası adneksin izlemi konusunda fikir birliği yoktur. Konservatif tedavi arttıkça torsiyonun tekrarlama riski de artacaktır. Bu durumu azaltmak içinde tek taraflı ya da iki taraflı ooforopeksi tanımlanmıştır.

Yapılmış olan çalışmalarda da görülmüştür ki detorsiyon sonrası pulmoner emboli oldukça nadirdir, ayrıca adneksin çıkarılması ile de gerçekleşebilmektedir. Sonuç olarak, tubal torsiyon olgularında laparoskopik detorsiyon tubanın ve fertilitenin korunması açısından tercih edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Lee RA, Welch JS. Torsion of the uterine adnexa. *Am J Obstet Gynecol* 1967;97(7):974-7.
2. Ekmekci E, Aydođmuş H, Ergün Y, Eren R. [Analyzing adnexial torsion cases recognized in our clinic retrospectively]. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2010;20(5):287-94.
3. Barisic D, Bagovic D. Bilateral tubal torsion treated by laparoscopy: a case report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999;86(1):99-100.
4. Baumgartel PB, Fleischer AC, Cullinan JA, Bluth RF. Color Doppler sonography of tubal torsion. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996;7(5):367-70.
5. McGovern PG, Noah R, Koenigsberg R, Little AB. Adnexal torsion and pulmonary embolism: case report and review of the literature. *Obstet Gynecol Surv* 1999;54(9):601-8.
6. Zweizig S, Perron J, Grubb D, Mishell DR Jr. Conservative management of adnexal torsion. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168(6 Pt 1):1791-5.
7. Cohen SB, Oelsner G, Seidman DS, Admon D, Mashlach S, Goldenberg M. Laparoscopic detorsion allows sparing of the twisted ischemic adnexa. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999;6(2):139-43.