

İkiz Gebeliği Taklit Eden Glob Vezikal ve Uterin Torsiyonlu Olgunun Sunumu

A Case Report of Patient with Uterine Torsion and Glob Vesicale Mimicking Twin Pregnancy

Mansur KAMACI,^a
Şerif AKSİN,^a
Ali KOLUSARI,^a
Mertihan KURDOĞLU,^a
Ümmühan COŞKUN EROL,^a
Ertan ADALI^a

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

Geliş Tarihi/Received: 18.08.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 02.01.2012

Bu olgu sunumu, 9. Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi (17-22 Mayıs 2011, Antalya)'nde poster olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence:
Mansur KAMACI
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Van,
TÜRKİYE/TURKEY
mansurkamaci@hotmail.com

ÖZET Otuz beş yaşında, gravida 8, parite 7 olan ve uzun süre aktif travayda izlenen hasta, sefalopelvik uyumsuzluk ve fetal omuzun takılması nedeniyle helikopter ambulansla kliniğimize acil olarak sevk edilmiştir. Obstetrik ultrasonografisinde, fetal biyometri ölçümleri 38. gebelik haftası ile uyumlu, bradikardik kalp atımları olan tek fetüs tespit edilmiştir. Acil sezaryene alınan hastada intraoperatif, glob vezikale ve uterus torsiyonu tespit edilmiştir. Şiddetli uterin kontraksiyonlar sonucu fetal başın üretra ve mesane boynuna bası yapması ve mesanede biriken idrarın boşalmasına engel olarak glob oluşması, ayrıca gebe uterusun da torsiyone olması nedeniyle, olgu ikiz gebelik gibi değerlendirilmiş olabilir. Bu olgu sunumunda; omuz distosisine bağlı glob vezikal ve gebe uterus torsiyonu gelişen olguya yaklaşımı literatür ışığında sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Gebelik; omuz; distosi

ABSTRACT The patient who was 35-year-old, gravidity 8, parity 7 and who had followed for a long time by the active phase of labor was referred to our clinic urgently due to cephalopelvic disproportion and fetal shoulder dystocia by helicopter ambulance. After the ultrasonographic examination, a fetus with bradycardia and whose measurement was 38th gestational week was noted and patient was taken up for emergency cesarean section. Intraoperatively, glob vesicale and uterine torsion were noted. The patient might be evaluated as a twin pregnant woman due to the pressure to urethra and bladder neck by fetal head with a severe uterine contraction and torsion of the pregnant uterus. We aimed to present the management of the patient with glob vesicale and torsion of the pregnant uterus on the light of the literature.

Key Words: Pregnancy; shoulder; dystocia

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2012;22(4):257-60

Uterus torsiyonu, genellikle sezaryen operasyonu sırasında konulan nadir bir durum olup ciddi klinik bulgulara yol açabilir.¹ Distosi nedeni olan uterus torsiyonlarının çözümünün de sezaryen olduğu açıklanmaktadır.²

Uterus aksında 45 dereceden fazla olan rotasyonlarda uterus torsiyonundan söz edilmektedir. Uterus torsiyonlarının en az 45° en fazla 180° olduğu ifade edilmekte ise de literatürde 60-720°lik torsiyonlar da bildirilmiştir.³⁻¹¹

Bu makalede, uterusta 180 dereceden fazla rotasyon nedeniyle omuz distosisi ve glob vezikal gelişen ve acil sezaryene alınan olgu, literatür eşliğinde tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

Gravida 8, parite 7, abortus 1, doğup ölen 4, yaşayan 2 olan, 35 yaşındaki olgu; Van Bahçesaray ilçe sağlık merkezinde; ikiz miad gebelik ön tanısı ile uzun süre travayda izlenmiş ve prezente olan başın ilerlememesi üzerine helikopter ambulansla acil transport edilmiştir. Kliniğimize başvurduğundaki vajinal muayenesinde; transvers düzlemde fetal baş ve omuzların pelvis girimine takılmış olduğu tespit edilmiştir. Şiddetli uterin kontraksiyonlarla başın üretra ve mesane boynuna yapmış olduğu şiddetli basıya bağlı olarak glob vezikal geliştiği düşünüldü.

Ameliyathanedeki obstetrik ultrasonografik değerlendirmede; bradikardik fetal kardiyak aktivite ve tek canlı fetüs izlendi. Femur uzunluğu 38 haftalık gebelikle uyumlu olarak ölçüldü. Olgunun vajinal muayenesinde ise tam açıklık-silinme ve başla prezente fetüste omuz gelişimi ve fetal distressin tespiti üzerine, acil sezaryen operasyonu planlandı.

Genel anestezi altında pfnestiel insizyonla batına girildiğinde, yapılan eksplorasyonda; mesanenin umblikus seviyesinin üstüne çıktığı ve glob geliştiğinin saptanması üzerine, uterusa ulaşabilmek için cilt, cilt altı ve fasyaya ters T şeklinde median insizyon yapıldı. Palpasyon ve inspeksiyon sırasında yaklaşık 180 dereceyi aşan uterus torsiyonunun olduğu saptandı. Uterusa insizyon yapabilmek için uterus batın üstüne çıkartıldı ve torsiyonu düzeltildi. Eksplorasyonda fallopian tüpler ve overler, uterus önünde ve doğal görünümdeydi. Uterustaki torsiyona bağlı olarak uterus, fallopian tüpler ve overlerde herhangi bir anormal renk değişikliği saptanmadı. Daha sonra uterusa segment inferior düzeyinde, Munro-Kerr kesisi ile girildi. Omuz prezentasyonlu, transvers situslu başı defleksiyonda olan canlı tek fetüs ayaklarından çekilmek suretiyle doğurtuldu. Bebeğin doğumundan sonra mesane globunun foley kateteri vasıtasıyla hızla kaybolmaya başladığı ve mesanenin ileri derecede ödemli

olduğu görüldü. Doğurtulan 3650 gram ağırlığında kız bebeğin 1. ve 5. dakika Apgar skoru 1-3'tü. Yenidoğan ünitesinde izlenen bebek, sağlıklı şekilde taburcu edildi.

Uterus üst segmentinde posterior duvara yerleşmiş olan plasenta ve ekleri manuel olarak çıkarıldı. Uterustaki kesi kenarları tek kat kontinü sütüre edildi. Hemostaz kontrolü yapıldıktan sonra batın tabakalar halinde kapatıldı. Hastanın postpartum hemogram, kan biyokimya ve kan elektrolit değerlerinde kayda değer anormal sonuç olmadı. Şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Reprodüktif periyotta; her yaş grubu, her paritede ve gebeliğin tüm evrelerinde; uterus aksında 45°'yi geçen rotasyonların meydana gelebileceği bildirilmektedir.⁸ Uterus torsiyonlarının klinik tanısı, spesifik semptomların olmaması (servikal distosi, ağırlı uterin kontraksiyonlar, dinamik hipertonus) nedeniyle güçtür. Uterin torsiyonlarındaki genel semptomlar; kramp tarzında karın ağrısı, vajinal kanama, şok, üriner ve gastrointestinal sistemle ilgili belirtilerdir. Distosi ve fetal hareketlerde azalma şeklinde bulgularla da karşılaşıldığı bildirilmektedir.^{8,9}

Uterus torsiyonu ve ilişkili olarak glob vezikal; uzun doğum travayına rağmen doğumun ilerlememesine ve prezentasyon anomalilerinin gelişmesine sebep olabilir.

Klinik tanının erken konulması, maternal ve fetal morbidite ve mortalitenin azaltılması açısından çok önemlidir. Tanı genellikle laparotomi sırasında konulmaktadır.^{6,7} Şimdiye kadar intraoperatif uterin torsiyon tanımları konulduğundan bahsedildiği gibi preoperatif olarak uygulanan manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yöntemi ile bu tanının kolaylıkla konulabileceğinden de söz edilmektedir.¹⁰

Olguya fetal distress nedeniyle preoperatif MRG yöntemi uygulanamamış, genel literatürlerde¹⁻¹³ olduğu gibi uterin torsiyon ve mesane globu tanısı, laparotomi esnasında konulmuştur. Literatür^{1,4,9,14} ve yayınlanan¹² 2 olgumuzdan farklı olarak batın üstüne alınan ve detorsiyone edilen

uterusa, segment inferior düzeyinde, Munro Kerrr insizyonla girildi. Omuz distosisi gelişmiş fetüs bacaklarından çekilmek suretiyle doğurtuldu

Maternal prognoz; cerrahi tedavilerden sonra iyi olmasına karşın, %30 gibi perinatal mortalite yüksekliğinden söz edilmektedir.^{5,6}

Sparic ve ark., termde 180°'lik uterus torsiyonu olgularında, bebeğin asfiksiye bağlı olarak ölü doğumunu plasentadaki 9x6x2,5 cm'lik fibrotik ve kalsifiye loba bağlı olabileceğini bildirmektedirler.⁷

Jansen ve ark. fetal mortalitenin 1976'dan günümüze %12'lik düzeylerde olmasına karşın maternal mortalitenin %0 olduğunu bildirmektedir.⁸

Biz de perinatal ve maternal mortalitenin olgu serilerimizde %0 olduğunu söyleyebiliriz.

Uterin torsiyonun; sıklıkla uterin myomalar veya konjenital anomaliler, anormal fetal prezentasyon, pelvik tümörler veya anormal pelvis gibi patolojilere bağlı olduğu ileri sürülmekte ise de etyopatogenezi hâlâ net değildir.^{6,7} Uterustaki torsiyon nedeniyle sol veya sağ over ve tubanın anterior pozisyonda saptandığı, normal uterovezikal peritonun olmadığı, aşağı uterin düzeyde damarların ise son derece angorje olduğu, posterior histerotomi ile bebeğin doğurtulduğu, bebeğin doğumundan sonra ise uterustaki insizyonun sütüre edildiği daha sonra da kontrakte uterusun detorsiyone edildikten sonra pelvik kaviteye geri bırakıldığı olgu sunumlarında ifade edilmektedir.^{4,11}

Kliniğimizde; geçmiş yıllarda da üçüncü trimesterde herhangi bir klinik semptom vermeyen 180 derecelik uterus torsiyonu olduğu saptanan ve

posterior uterin alt segmente uygulanan insizyonla sezaryen operasyonu gerçekleştirilen 2 olgu yayınlanmıştır.¹²

Uterusta torsiyona sebep olan anatomik sebeplerin varsa düzeltilmesi ve tekrar torsiyon gelişmesini önlemeye yönelik olarak bilateral ligamentum rotundumlara plikasyon işlemi uygulanması önerilmektedir.^{7,9}

Genellikle gebeliğin üçüncü trimesterinde, distosi veya kramp şeklinde abdominal ağrı varsa uterusun torsiyonu fikri akıldan çıkarılmamalıdır.^{7,9}

İkiz gebelik ve didelfik uterusta tek uterin hornda torsiyon olduğunu bildiren olgu sunumu bulunmaktadır.¹³

Gebeliğin 28. haftasında, fikse olmuş retrovert uterusta meydana gelen uterin torsiyonun fetüste "clubfoot" oluşmasına sebep olduğu raporlanmaktadır.¹⁴ Otuz yedi yaşında ikiz gebeye uygulanan sezaryen sırasında saptanan torsiyone uterusun, başarıyla sola doğru detorsiyone edildiğini, bebeğin canlı olarak doğurtulduğunu, gelişen şiddetli postpartum kanama nedeniyle histerektomi yapıldığını, postoperatif koşullarda anne ve bebeğin tedavisinin sürdürüldüğünü ve gelişen komplikasyonları bildiren çalışmalardan söz edilmektedir.¹⁵

SONUÇ

Üçüncü trimesterde uterus torsiyonuna bağlı olarak doğum eyleminin uzayabileceği ve bu durumun fetal prezentasyon anomalisine sekonder olarak mesane globuna neden olabileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

- Albayrak M, Benian A, Ozdemir I, Demiran Y, Guralp O. Deliberate posterior low transverse incision at cesarean section of a gravid uterus in 180 degrees of torsion: a case report. *J Reprod Med* 2011;56(3-4):181-3.
- Skrenková J, Fait T, Dolezal A. [Uterine torsion--the rare complication of pregnancy]. *Ceska Gynekol* 2009;74(3):233-5.
- Wilson D, Mahalingham A, Ross S. Third trimester uterine torsion: case report. *J Obstet Gynaecol Can* 2006;28(6):531-5.
- 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.
- Koh KS, Bradford CR. Uterine torsion during pregnancy. *Can Med Assoc J* 1977;117(5):501.
- Carbonne B, Cabrol D, Viltart JP, Papiernik E. [Torsion of the pregnant uterus]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1994;23(6):717-8.
- Sparic R, Pervulov M, Stefanović A, Tadić J, Gojnić M, Milićević S, et al. [Uterine torsion in term pregnancy]. *Srp Arh Celok Lek* 2007;135(9-10):572-5.

8. Jansen JG. Uterine torsion in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71(4): 260-5.
9. Pelosi MA 3rd, Pelosi MA. Managing extreme uterine torsion at term. A case report. *J Reprod Med* 1998;43(2):153-7.
10. Nicholson WK, Coulson CC, McCoy MC, Semelka RC. Pelvic magnetic resonance imaging in the evaluation of uterine torsion. *Obstet Gynecol* 1995;85(5 Pt 2):888-90.
11. De Ioris A, Pezzuto C, Nardelli GB, Modena AB. Caesarean delivery through deliberate posterior hysterotomy in irreducible uterine torsion: case report. *Acta Biomed* 2010;81(2): 141-3.
12. Kolusarı A, Yıldızhan R, Kurdoğlu M, Adalı E, Yıldırım N, Şahin HG, et al. [Uterine torsion in third trimester pregnancy: two case reports]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2009;19(6): 368-70.
13. Demaria F, Goffinet F, Jouannic JM, Cabrol D. Preterm torsion of a gravid uterus didelphys horn of a twin pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005;106(5 Pt 2):1186-7.
14. 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.
15. Thubert T, Abdul Razak R, Villefranche V, Muray JM, Picone O, Deffieux X. [Uterine torsion in twin pregnancy]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2011;40(4):371-4.