

Miad Gebelikte İzole Fallop Tüp Torsiyonu: Olgu Sunumu

Ebru Akbay, Nadire Sevda İdil, Levent Yaşar, Cihangir Uzunçakmak, Zeynep Akçığ, Hatice Yalçınkaya

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

ÖZET

Miad gebelikte izole fallop tüp torsiyonu: Olgu sunumu

İzole tübal torsiyon oldukça nadir görülen bir patoloji olmakla birlikte akut batın tablosuyla karşımıza çıkması nedeniyle önemlidir. Prevalansı yaklaşık 1/ 1500000'dur. Gebelikte fallop tüp torsiyonu insidansı ise tüm vakaların % 12'sini oluşturduğu bildirilmiştir. Etiyolojide en sık rol oynayan faktörler hidrosalpinks, tübal cerrahi, pelvik konjesyon, ovarian ve paraovarian kistlerdir. Vakalar genellikle ani başlayan künt- sürekli veya paroksizmal, keskin tarzda alt kadranda ağrısı ile başvururlar. Ayırıcı tanıda over torsiyonu, over kist rüptürü, apandisit, ektopek gebelik rüptürü, PID, intestinal cerrahi patolojiler, ürolitiazis, akut sistit akla gelmelidir. Tübal torsiyon daha sıklıkla sağ tarafta oluşur. Tanısı genellikle akut batın nedeniyle yapılan eksploratif laparatomide konur. Erken cerrahi girişim ile fallop tüpünün korunması mümkündür. Nadir bir durum olmakla birlikte akut batın ile başvuran gebelerde mutlaka akla gelmelidir.

Anahtar kelimeler: Gebelik, fallop tüp torsiyonu, akut batın

ABSTRACT

Isolated fallopian tube torsion in pregnancy: Case report

Isolated torsion of the fallopian tube is a very rare condition. It occurs without ipsilateral ovarian involvement associated with pregnancy, haemosalpinx, hydrosalpinx, ovarian or paraovarian cysts and other adnexal alterations or even with an otherwise normal fallopian tube. We presented a case of isolated torsion of the right fallopian tube. The ipsilateral ovary appeared normal, but the fallopian tube was gangrenous and right salpingectomy was performed. Isolated torsion of the fallopian tube should be considered in the differential diagnosis of patients with acute abdomen and previous medical history of hydrosalpinx.

Key words: Pregnancy, fallopian tube torsion, acute abdomen

Bakırköy Tıp Dergisi 2009;5:35-36

GİRİŞ

İzole Fallop tüp torsiyonunun tüm kadınlarda insidansı yaklaşık 1/1500000 olarak verilmektedir (1,2,3). Tüm vakaların ancak %12-20'sine gebelikte rastlanır (2,3). Akla gelmezse tanısı zordur. Genellikle akut apandisit, over torsiyonu tanısı alır. Akut batın için yapılan eksploratif laparatomide kesin tanı konur (3). Daha sıklıkla sağ tuba torsiyone olur (3).

OLGU SUNUMU

Yirmi yaşında gravida 1, parite 0 gebe yaklaşık bir saat önce konvülsiyon geçirmiş olarak acil kadın doğum polikliniğine başvurdu. Hastanın aşırı ajitasyonu nedeniyle kooperasyon kurulamıyordu. Yakınlarından alınan anamneze göre; bilinen bir hastalığı olmayan hastanın,

son bir gündür devam eden baş ağrısı ve sağ yan ağrısı mevcutmuş. Sağlıklı obstetrik anamnez alınamadı. Rutin gebe takibi yok. Tansiyonu 180/120 mmHg, nabız: 96/dk, ateş: 37.4°C idi. Yapılan obstetrik ultrasonografisinde (USG) 37 hafta 2 gün ile uyumlu, baş presentasyon tekiz canlı gebeliği mevcuttu. Plasenta fundus yerleşimli, grade 3, kalsifiye, intakt idi. Kollum 3 cm dilate %70 efase, baş-3 seviyesinde, membranlar intakt idi. Hastanın batın muayenesinde sağ üst kadranda ve sağ yanda belirgin olmak üzere aşırı hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Laboratuvar değerleri; lökosit: 15000/mm³, hematokrit: %36, trombosit: 192000/mm³ idi. Stick ile bakılan idrar örneğinde protein +4 idi. Koagülasyon testleri normaldi. Hastaya akut batın nedeniyle SCA ve eksplorasyon kararı verildi. SCA ile Apgar skoru 1. dk 9, 5. dk 10 olan tekiz canlı erkek bebek doğurtuldu. Yapılan eksplorasyonda sağ tubanın kendi etrafında 3 kez torsiyone olduğu, hidropik ve gangrenöz görünümde olduğu görüldü. Hastaya sağ salfenjektomi yapıldı. Sağ over, sol tuba ve sol over normal izlendi. Postoperatif 8. saatinde eklamptik konvülsiyon geçiren hastada cerrahi komplikasyon gelişmedi. Postop 6. gününde şifa ile taburcu edildi. Salfenjektomi-

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Ebru Akbay
Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Telefon / Phone: +90-505-376-2430

Elektronik posta adresi / E-mail address: dreackbay@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 10 Nisan 2008 / April 10, 2008

Kabul tarihi / Date of acceptance: 4 Haziran 2008 / June 4, 2008

mi materyalinin patolojik incelemesi ileri derece konjesyon, yeni hemoraji, koagülasyon nekrozu olarak geldi.

TARTIŞMA

İzole tubal torsiyon oldukça nadir görülen bir patoloji olmakla birlikte akut batın tablosuyla karşımıza çıkması nedeniyle önemlidir (3-6). Bu antite ilk defa 1890 yılında tarif edilmiş olup, prevalansı yaklaşık 1/1500000'dür (1,3). Gebelikte Fallop tüp torsiyonu insidansı ise tüm vakaların %12'sini oluşturduğu bildirilmiştir (3).

Risk faktörlerini intrinsik ve ekstrinsik faktörler olarak ikiye ayırabiliriz. İntrinsik risk faktörleri arasında; pelvik inflamatuvar hastalık (PID), hidrosalpinks, geçirilmiş tubal cerrahi, tubal neoplazi sayılabilirken; ekstrinsik faktörler arasında adezyonlar, adneksiyal variköz konjesyon, tubaya yakın ovarian veya paraovarian uterin kitleler, gebe uterus ve travma sayılabilir (8-14). Vakamızda gebe uterus dışında başka bir etyolojik faktöre rastlamadık.

Vakalar genellikle ani başlayan künt-süreklili veya paroksizmal, keskin tarzda alt kadran ağrısı ile başvururlar. Ağrı, bacağı ya da kalçaya yayılır tarzda olabilir (4,5,8,14). Mevcut semptomlara bulantı-kusma, periton irritasyonu bulguları ve adneksiyal kitle bulguları eşlik edebilir (12,14). Klinik olarak ayırıcı tanıda over torsiyonu, over kist rüptürü, apendisit, ektopik gebelik rüptürü, PID, intestinal cerrahi patolojiler, ürolithiazis, akut sistit akla gelmelidir (11,12,14). Ateş ve lökosit sayımı normal veya artmış olabilir (4,6,8). İdrar tetkiklerinde genellikle patoloji izlenmez. Bizim vakamızda yaklaşık 24 saattir devam eden sağ yan ağrısı mevcuttu. Geçirdiği eklampsi atağını

takiben hastanın ajitasyonu ve konfüzyonu devam ettiğinden ağrı karakteri ile ilgili olarak hastanın kendisinden anamnez alınamadı.

Tubaların ve overlerin vaskülarizasyonunun hem ovarian hem de uterin arterlerden ortak olmasından dolayı, izole tuba torsiyonunda overin kanlanması bozulması olasılığı azdır. Tubal torsiyonu daha sıklıkla sağ tarafta oluşur (3,8). Bunu nedeni olarak sol tubanın sigmoid mezenterine yakınlığından ötürü mobilitesinin sağ tubaya göre daha az olması ya da sağ alt kadran ağrılarının apendisit açısından daha sık cerrahi olarak değerlendirilip bu aşamada izole tuba torsiyonu tanısı konmasıdır (14,15).

Yayınlanmış sonografik bulgular arasında; normal görünüm ve doppler akımlı uterus ve overler, kalınlaşmış ve ekojenitesi artmış dilate görünümlü tubal duvarlar, etrafında serbest sıvı imajı sayılabilir. Doppler çalışmalarında, vasküler akımın olmadığı, ters döndüğü ya da impedans gösterdiği de rapor edilmiştir (16,17,18).

Tubal torsiyonun tedavisi hemen her zaman cerrahidir. Özellikle son 5 yılda laparoskopi laparotomiye tercih edilmektedir. Ancak, bizim vakamızda olduğu gibi, gebeliğin üçüncü trimesterinde laparotomi tercih edilmelidir. Torsiyone dokuda gangrenöz değişiklikler başlamadan önce yakalanırsa torsiyon düzeltilip tuba korunabilir (3,4,8). Bizim vakamızda tubal doku da gangrenöz görünüm olduğu için salpenjektomi yapılmıştır.

Sonuç olarak gebelikte Fallop tüp torsiyonu nadir görülen bir durum olmakla birlikte akut batın saptanan gebelerde ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Erken tanı ve erken cerrahi müdahale ile tubanın korunması, gelecekteki fertilité açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Hansen OH. Isolated torsion of the Fallopian tube. Acta Obstet Gynecol Scan. 1970; 49: 3-6.
2. Antoniou N, Varras M, Akrivis C, Kitsiou E, Stefanaki S, Salamalekis E. Isolated torsion of the Fallopian tube: a case report and review of the literature. Clin Exp Obstet Gynecol 2004; 31: 235-238.
3. Phupong V, Intharasakda P. Twisted fallopian tube in pregnancy: a case report. BMC Pregnancy Childbirth 2001; 1: 5.
4. Chambers JT, Thiagarajah S, Kitchin JD III. Torsion of the normal fallopian tube in pregnancy. Obstet Gynecol 1979; 54: 487-489.
5. McKenna PJ, Gerbert KH. Isolated torsion of the uterine tube in pregnancy. A case report. J Reprod Med 1989; 34: 187-188.
6. Yalcin OT, Hassa H, Zeytinoglu S, Isiksoy S. Isolated torsion of fallopian tube during pregnancy: report of two cases. Eur J Obstet Reprod Biol 1997; 74: 179-182.
7. Milki A, Jacobson DH. Isolated torsion of the fallopian tube. A case report. J Reprod Med 1998; 43: 836-838.
8. Provost RW. Torsion of the normal fallopian tube. Obstet Gynecol 1972; 39: 80-82.
9. Krissi H, Orvieto R, Dicker D, Dekel A, Ben Rafael Z. Torsion of a fallopian tube following pomeroy tubal ligation? A rare case report and review of the literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997; 72: 107-109.
10. Elchalal U, Caspi B, Schachter M, Borenstein R. Isolated tubal torsion: clinical and ultrasonographic correlation. J Ultrasound Med 1993; 12: 115-117.
11. Leisrowitz GS. Surgical complication during pregnancy. In: Niswander KR, Evans AT (Eds). Manual of Obstetrics, 5th ed. Boston; Little Brown and Company, 1996: p. 239-260.
12. Ferrera PC, Kass LE, Verdile VP. Torsion of fallopian tube. Am J Emerg Med 1995; 13: 312-314.
13. Yen ML, Chen CA, Huang SC, Hsieh CY. Laparoscopic cystectomy of a twisted, benign, ovarian teratoma in the first trimester of pregnancy. J Formos Med Assoc 2000; 99: 345-347.
14. Gross M, Blumstein SL, Chow LC. Isolated fallopian tube torsion: A rare twist on a common theme. Am J Radiology 2005; 185: 1590-1592.
15. Bondioni MP, McHugh K, Grazioli L. Isolated fallopian tube torsion in an adolescent: CT features. Pediatr Radiol 2002; 32: 612-613.
16. Ghossain MA, Buy JN, Bazot M, et al. CT in adneksial torsion with emphasis on tubal findings: correlation with US. J Comput Assist Tomogr 1994; 18: 619-625.
17. Propeck PA, Scanlan KA. Isolated fallopian tube torsion. AJR Am J Roentgenol 1998; 170: 1112-1113.
18. Baumgartel PB, Fleischer AC, Cullinan JA, Bluth RF. Color Doppler sonography of tubal torsion. Ultrasound Obstet Gynecol 1996; 7: 367-370.