

ERKEN ADÖLESAN DÖNEMDE AKUT KARIN NEDENİ OLARAK İZOLE TUBAL TORSİYON

Burcu ARTUNÇ,¹ Dilek Benk ŞİLFELER,² Mahmut ERDEMOĞLU³

¹Gercüş Devlet Hastanesi; ²Batman Yaşam Hastanesi;

³Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Akut karın çok çeşitli nedenleri olan, bazen benign, bazen de ölümcül potansiyeli olan ağrılı karın sendromlarının tanımını oluşturur. İzole tubal torsiyon, akut karın tablosuna neden olabilecek çok ender bir durumdur. Spesifik klinik özellikleri veya görüntüleme yöntemi olmadığından tanı genellikle cerrahi girişim sonrasında konulmaktadır. Bu yazıda, izole tubal torsiyon nedeni ile akut karın tablosunda başvuran 14 yaşında cinsel inaktif bir olgu sunuldu. Tubanın izole torsiyonu, 1/1,5 milyon sıklıkta çok ender görülen bir akut karın nedenidir. Tanısı genellikle cerrahi eksplorasyon sırasında konulmaktadır. Ameliyat öncesinde over kistleri ile karışabilmektedir. Zamanında yapılan girişim tubanın korunması açısından önemli olduğu için akut karın ile başvuran genç hastalarda bu ender durumun da göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Akut karın; erken adolesan dönem; izole tubal torsiyon.

ISOLATED TUBAL TORSION AS A CAUSE OF ACUTE ABDOMEN IN THE EARLY ADOLESCENT PERIOD

Acute abdomen is a definition of painful abdominal syndromes that may occur due to various reasons, both benign and fatal. Isolated tubal torsion is a very rare condition causing acute abdomen. The diagnosis is usually based on surgical intervention as it has no specific clinical findings or imaging features. We report a 14-year-old case with acute abdomen due to isolated tubal torsion. Isolated tubal torsion is a rare condition, with an incidence of 1 in 1.5 million. The diagnosis is usually established after surgical intervention. Preoperatively, it can be easily misdiagnosed as an ovarian cyst. This rare condition should be considered in all cases with acute abdomen, as timing of surgical intervention is important with respect to future fertility.

Key Words: Acute abdomen; early adolescent period; isolated tubal torsion.

Fallop tüpünün izole torsiyonu çok nadir görülen jinekolojik bir durum olup insidansı yaklaşık 1/1,5 milyon olarak belirtilmektedir.^[1-5] Spesifik bir klinik bulgusu, görüntüleme yöntemi ve karakteristik laboratuvar bulgusu olmadığından ameliyat öncesi tanı çok zordur.^[1,2,5,6] Kesin tanı genellikle eksploratif laparotomi ile konur.^[1]

OLGU SUNUMU

On dört yaşında cinsel inaktif bir adolesan, ani başlayan, sol tarafta daha belirgin olmak üzere 2 gündür devam eden, iki taraflı alt kadran ağrısı ile başvurdu. Ağrı keskin, devamlı ve alt kadrana lokalize özellikteydi. Ancak belirgin perito-

Başvuru tarihi: 20.6.2009 **Kabul tarihi:** 25.8.2009

İletişim: Dr. Burcu Artunç, Alaaddin Köyü Güngör Uydükent, 30. parsel D: 11/3, Antakya, Hatay.

e-posta: drsilfeler@yahoo.com

neal bulgular yoktu. Transabdominal ultrasonografik (USG) incelemede pelvik düzeyde orta hat-ta mesaneye anteriordan bası yapan 95 mm çapında düzgün sınırlı anekoik kistik imaj izlendi (Şekil I). Batın alt kadranda minimal sıvı kaydedildi. Sağ ve sol over ayrıca izlendi. Doppler USG incelemede diyastolik vasküler akım yokluğu saptandı. İki günlük izleminde hemogloblin ve hematokrit değerleri stabil seyrederken, lökosit sayımında artış kaydedildi. Laparotomi planlanan hastanın cerrahi eksplorasyonunda, sol tubanın izole torsiyonu izlendi. Tubanın viabl olmadığı, torsiyona bağlı olarak tubal dolaşımın bozulduğu ve tubanın ampuller bölgesinde hematoma oluştuğu gözlemlendi. Fimbrial uçta konjesyon bulguları mevcuttu. Sol salpenjektomi yapıldı. Her iki over ve sağ tuba normal görünümdeydi. Sol tubanın patolojik incelemesinde tubal torsiyon ile uyumlu olarak hemorajik ve koagülatif nekroz bulguları ve plazma hücrelerinden zengin iltihabi hücre infiltrasyonu tespit edildi. Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon olmadı ve hasta ameliyattan sonra 3. günde taburcu edildi.

TARTIŞMA

İzole tubal torsiyon oldukça nadir bir durum olmakla birlikte akut karın tablosu ile karşımıza çıkması nedeni ile önemlidir.^[7-9] İnsidansı yaklaşık olarak 1/1,5 milyondur.^[1,4,5]

Doksan iki olgunun derlendiği bir çalışmada, ad-

neksiyal torsiyonun %89'unun benign nedenlerle ve bunların %80'inde 50 yaşından genç hastalarda olduğu bildirilmiştir.^[1,3] Tubal torsiyon daha sıklıkla sağ tarafta oluşmaktadır.^[1,7,8,10] Bunun nedeni, sol tubanın sigmoid kolon ile mobilitesinin daha sınırlı olması ve sağ alt kadranda ağrıların akut apandisit açısından şüphe duyularak açılması ve bu arada tanı almasıdır.^[1,7,11] Tubal torsiyonun nedeni tam olarak bilinmez, ancak çeşitli teoriler ortaya atılmıştır. Muhtemel etyolojileri şu şekilde sıralamak mümkündür:^[1,6,10,12] Uzun mezosalpenks, hidro/hematosalpenks, tubal kitle/neoplazm, adneksiyal kitle (ovaryen/paraovaryen tümör) gibi anatomik anormallikler, anormal peristaltizm ya da perioovulatuvar spazm gibi fizyolojik anormallikler, venöz konjesyon gibi hemodinamik anormallikler, ani vücut pozisyon değişikliklerine işaret eden Sellheim teorisi, travma, PID, pelvik adezyon, tubal ligasyon gibi geçirilmiş cerrahi/hastalık ve büyümüş uterus/uterin kitle.

Tubal torsiyon klinik olarak abdominal alt kadranda ağrı, bulantı, kusma, sık idrara çıkma, işeme güçlüğü, hassas adneksiyal kitle veya uterin kanama şeklinde belirti verebilir.^[1] Vajinal muayenede servikal hareketlerde hassasiyet ve adneksiyal kitle ile birlikte tuboovaryen apseyi taklit edebilir.^[1] En sık karşılaşılan belirti ise alt abdominal bölgede veya pelviste ani başlayan ağrıdır. Künt ve sürekli olabileceği gibi paroksizmal keskin tarzda da olabilir. Sırta, bacağı ya da kalçaya yayılır şekilde olabilir. Ancak bu bulguların hepsi nonspesifiktir.^[1]

Ayırıcı tanıda akut apandisit, over kistinin rüptürü ya da torsiyonu, ektopik gebelik, pelvik enflamatuvar hastalık, endometriozis, leiomyom dejenerasyonu, intestinal obstrüksiyon ya da perforasyon ve renal kolik düşünülmelidir.^[1] Ateş ve kanada lökosit değerleri normal ya da artmış olabilir.^[7] Spot idrar örneklerinde genellikle anomali saptanmaz. Bizim olgumuzda ani başlayan, sol tarafta daha belirgin olmak üzere iki taraflı alt kadranda ağrı mevcuttu. Ağrı keskin, devamlı ve alt kadranda lokalize özellikteydi. Ancak belirgin peritoneal bulgular yoktu. Spot idrar örneği normaldi. Lökosit sayımı 9750/uL idi. Altı saat sonra tekrarlanan hemogramda lökosit değerleri $13,41 \cdot 10^3/uL$ olarak saptanmıştı.



Şekil I. Düzgün sınırlı anekoik kistin görünümü.

Adölesan dönemde hidrosalpenks ya da hematosalpenks çok nadir olup kolaylıkla over kisti ile karışabilmektedir.^[1] İlk kez 1953 yılında Krstic tarafından 13 yaşında bir adölesan olguda hidrosalpenks ve adneksiyal torsiyona sekonder oluşan akut karın durumu tanımlanmıştır.^[13] Bizim olgumuz da 14 yaşında erken adölesan dönemde sol hematosalpenks ile birlikte sol tubal torsiyon olarak, pelvik enflamasyon gibi belirgin risk faktörlerinin de bulunmayışı ile çok ender bir durum olmakta ve ameliyat öncesi tanı oldukça zorlaşmaktadır.

Tubal torsiyonun USG bulguları arasında tubal kalınlaşma, hematosalpenks ve adneksiyal kitle olabilir.^[1,14] Doppler incelemeleri şüpheli olgularda fayda sağlayabilir, yüksek impedans ile birlikte diyastolik vasküler akımın yokluğu ya da ters döndüğü gözlenebilir. Ancak normal akımın torsiyonu dışlamadığını da göz önünde bulundurmak gerekmektedir.^[1,10,11,15] Uzun süreli abdominal ağrı ve persiste eden adneksiyal kitle varlığında bilgisayarlı tomografiden faydalanılabilir.^[1]

Tubaların tamamen nekrotik olmadığı ya da şüpheli malign bir durum olmadığı sürece tedavideki hedef tubanın korunması ve böylece reproduktif dönemdeki hastanın fertilitésinin korunması olmalıdır.^[1,10] Cerrahi yönetim tubal torsiyonun tedavisinde altın standart yöntemdir. Girişimin yapıldığı evreye bağlı olmak üzere cerrahi seçenekler tubanın detorsiyonu, salpengotomi ve salpenjektomidir. Detorsiyon sonrasında gebelik bildirilmiştir.^[1,16] Ancak tubal fonksiyonun bozulduğu durumlarda detorsiyon yapılması ektopik gebelik ve torsiyonun tekrarlama riskini arttırmaktadır.^[1,2] Cerrahi yöntem olarak hem daha hızlı iyileşme sağladığı için hem de daha az adezyon oluşturduğu için laparoskopisi daha çok tercih edilmektedir. Bizim olgumuzda pelvik düzeyde orta hatta, mesaneye anteriordan bası yapan, 95 mm çapında, düzgün sınırlı, anekoik kist izlenmiş; overler her iki tarafta da ayrı olarak gözlenmiş olup laparotomi tercih edilmiştir.

Tanıda gecikme ve cerrahi girişime geç karar verme geri dönüşümü olmayan nekrotik değişiklikler ve hatta aynı taraftaki overde de hasar oluşturabilmektedir. Tubada gangrenöz değişiklikler oluş-

tuktan sonra süperenfeksiyon ve peritonit dahi oluşabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.^[1]

Sonuç olarak, erken adölesan dönemde cinsel inaktif bir olguda izole tubal torsiyon son derece nadir olmakla birlikte akut karın ile başvuran bir hastada akıldan tutulması gereken bir durumdur. Tanıdan şüphelenilmesi ile birlikte erken cerrahi girişimde bulunulması tubanın korunması ve gelecekteki fertilitenin devamı açısından önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Ferrera PC, Kass LE, Verdile VP. Torsion of the fallopian tube. *Am J Emerg Med* 1995;13(3):312-4.
5. Hansen OH. Isolated torsion of the Fallopian tube. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1970;49(1):3-6.
6. Youssef AF, Fayad MM, Shafeek MA. Torsion of the fallopian tube. A clinico-pathological study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1962;41:292-309.
7. Akbay E, İdil NS, Yazar L, Uzuncakmak C, Akçığ Z, Yalçınkaya H. Miad gebelikte izole fallop tüp torsiyonu: Olgu sunumu. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2009;5:35-6.
8. Phupong V, Intharasakda P. Twisted fallopian tube in pregnancy: a case report. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2001;1(1):5.
9. Yalcin OT, Hassa H, Zeytinoglu S, Isiksoy S. Isolated torsion of fallopian tube during pregnancy; report of two cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;74(2):179-82.
10. Provost MW. Torsion of the normal fallopian tube. *Obstet Gynecol* 1972;39(1):80-2.
11. Richard HM 3rd, Parsons RB, Broadman KF, Shapiro RS, Yeh HC. Torsion of the fallopian tube: progression of sonographic features. *J Clin Ultrasound* 1998;26(7):374-6.
12. 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(1):107-9.
13. Krstic K. Acute abdomen of genital origin in a young girl; case of torsion of a hydrosalpinx in a 13 year old girl. Srp Arh Celok Lek 1951;49(1):26-32.
 14. Ghossain MA, Buy JN, Bazot M, Haddad S, Guinet C, Malbec L, et al. CT in adnexal torsion with emphasis on tubal findings: correlation with US. J Comput Assist Tomogr 1994;18(4):619-25.
 15. Baumgartel PB, Fleischer AC, Cullinan JA, Bluth RF. Color Doppler sonography of tubal torsion. Ultrasound Obstet Gynecol 1996;7(5):367-70.
 16. Blair CR. Torsion of the fallopian tube. Surg Gynecol Obstet 1962;114:727-30.