

İZOLE TUBA TORSİYONU

Hasniye Çelik ACIOĞLU¹, A. Yasemin Karageyim KARŞIDAĞ¹, Esra Esim BÜYÜKBAYRAK¹, Bülent KARS¹, Sevinç KESER², Orhan ÜNAL¹, Cem TURAN¹

¹ Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

² Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

ÖZET

İzole tuba torsiyonu (İTT) akut abdominal ağrının nadir nedenlerindedir. Klinik olarak sadece ağrı bulgusu olan, kalıcı infarktın oluşumunu önlemek için erken tanı gerektiren ve genellikle geç kalınıp nadiren pre-operatif tanı konabilen jinekolojik acildir. İnsidansı 1/1.5 milyon olup sıklıkla üreme çağındaki kadınlarda görülmektedir. Laparoskopik girişim yalnız doğru tanı konmasını sağlamaz aynı zamanda hızlı ve başarılı bir yaklaşım sunar. Bu olgu sunumunda 20 yaşında, virgo sol alt kadranda ağrısı ile gelen ve intraoperatif İTT tanısı konan hasta sunulmuştur. Ayrıca tanısal zorluklar güncel literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: abdominal ağrı, fallop tüpü, laparoskopi, torsiyon

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (TJOD Derg), 2010; Cilt 7: (Özel Sayı 1): Sayfa 66- 9

SUMMARY

ISOLATED TORSION OF TUBA

Isolated torsion of tuba (ITT) is a rare cause of acute lower abdominal pain. It is an emergency event and a difficult condition to evaluate clinically. Prompt recognition is desirable in order to avoid irreversible infarction, however pain as the only constant sign, diagnosis is often delayed and rare pre-operatively. It is often a clinical entity of reproductive age women with the incidence of 1/1.5 million. Laparoscopic intervention can be of great value not only by aiding accurate diagnosis but also by providing immediate successful management.

We present 20 years old woman with left lower abdominal pain diagnosed as isolated torsion of fallopian tube pre-operatively. We also discuss diagnostic contradictions of this clinical entity with current literature.

Key words: abdominal pain, fallopian tube, laparoscopy, torsion

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2010; Vol 7: (Special Issue 1): Pages 66- 9

GİRİŞ

İzole tuba torsiyonu (İTT) akut abdominal ağrının nadir nedenlerinden biridir. İnsidansı reproduktif dönemde 1/1.5 milyon/ kadın olarak bildirilmiş, genellikle vaka sunumları şeklinde rapor edilmiştir⁽¹⁾. Sıklıkla fertilitate çağında, peri-ovulatuvar dönemde, tek taraflı ve sağ tubal bölgede görülmekle birlikte premenarş, adolesan, menapoz ve post-menapozal dönemde de tespit edilmiştir^(2,3).

Etyopatogenezinde değişik predispozan faktörlerin varlığı tespit edilmiş olsa da, spontan (idyopatik) İTT'nin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Klinik ve laboratuvar bulguların non-spesifik olması, radyolojik olarak karakteristik özelliğinin bulunmaması tanıyı zorlaştırmaktadır. Sıklıkla üreme çağında gözlenen İTT'de olası tanısız gecikmenin fertilitate kaybıyla sonuçlanabilmesi nedeniyle klinik şüphe ve erken müdahale önem kazanmaktadır.

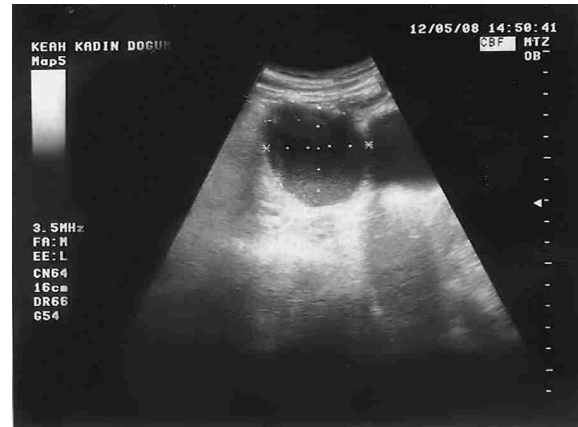
Kliniğimize akut sol kasık ağrısı şikayeti ile gelen ve intraoperatif idyopatik sol tuba torsiyonu tanısı konan hasta güncel literatür eşliğinde tartışılmıştır.

OLGU

20 yaşında virgo hasta, kliniğimize bir gün önce aniden başlayan sol kasık ağrısı şikayeti ile başvurdu. Bulantı ve kusması olmayan hasta da ağrı sol kasık bölgesinde kramp tarzında aralıklı devam etmekteydi. Yapılan fizik muayenesinde özellikle sol adneksiyel bölgede belirgin olmak üzere batında yaygın hassasiyet saptandı. Defans ve rebound yoktu. Rektal muayenede ele gelen kitle saptanmadı. Transabdominal ultrasonografik (USG) incelemede uterus normal boyutlarda, endometriyal çizgi düzenli, sağ over normal, sol adneksiyel alanda 49x52 mm heterojen kitle izlendi, sol over ayrıca izlenmedi (Resim 1). Douglasda serbest mayı yoktu. Laboratuvar incelemelerinde, CA-125: 50 (U/ml), β-hCG negatif, hemogram, biyokimyasal tetkikler ve diğer tümör belirteçleri normaldi. Tam idrar tahlilinde (+++) lökosit saptandı, üriner USG sonucu normaldi.

Hastaya endometrioma ön tanısı ile diagnostik laparoskopi kararı verildi. Laparoskopik batın içi gözlemede uterus ve her iki over, sağ adneks normal izlendi; sol tuba izole şekilde kendi etrafında 2 defa torsiyone olmuş ve nekrotik görünümdeydi. Torsiyone kitle koterize edilip boşaltıldı. Buna ek olarak tuba ile

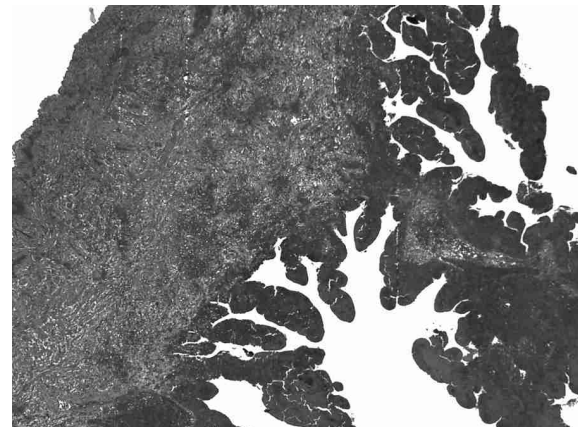
beraber 3–4 cm'lik para-ovarian kistin de torsiyone olduğu izlendi. Yoğun nekrotik görünüm nedeni ile de-torsiyone edilmeden para-ovarian kist ile beraber sol salpenjektomi yapıldı (Resim 2). Post-operatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta 3. gününde taburcu edildi. Histopatolojik inceleme makroskopik bulguları; 11x7x1,5 cm ölçülerinde tuba ve beraberinde açılarak gönderilen 3,5x3x0,4 cm cidari vasıflı doku parçası olarak geldi. Histolojik incelemede epiteli seçilemeyen benign kistik oluşum, kronik non-spesifik inflamasyon, hemorojik infarkt saptandı (Resim 3).



Resim 1: Sol adneksiyel alanda heterojen kitle.



Resim 2: Sol tuba ve paraovarian kist



Resim 3: HE 3X100 sol tuba; kronik non-spesifik inflamasyon, hemorojik infarkt.

TARTIŞMA

İzole tuba torsiyonu, nadir görülen jinekolojik acillerden birisidir. Sıklıkla üreme çağında özellikle perioovuluar dönemde görülmektedir. Yayınlanmış olgu sunumlarının çoğunda İTT sağda daha sıktır. Bunun nedeni sol alt kadran yerleşimli sigmoid kolonun sol tubayı kitle etkisiyle pedikülü etrafında dönmekten koruması olabilir⁽⁴⁾. Birçok değişik teoriler ileri sürülmesine rağmen İTT mekanizması kesin olarak bilinmemektedir. Bu teoriler intrinsek ve ekstrinsek olarak ikiye ayrılmaktadır⁽⁵⁾. İntrinsek nedenler; konjenital anomaliler, hidrosalpenks, tubal neoplazm, tuba ligasyonu gibi primer tubal cerrahilerdir. Ekstrinsek nedenler ise; ovaryan ve paratubal kitleler, gebelik, travma, adhezyon ve pelvik konjesyondur⁽⁶⁾. Hastamızda çoğunluğun aksine sol tuba torsiyone idi ve paraovaryan kist torsiyondan sorumlu muhtemel neden olarak düşünüldü.

En sık semptom akut alt kadran ağrısı ve/veya pelvik ağrıdır. Genellikle bulantı ve kusmanın eşlik etmediği ağrı, kramp şeklinde veya aralıklı olabilir. Fizik muayenede abdominal hassasiyet saptanır, spesifik kitle her zaman palpe edilemeyebilir⁽⁷⁾. Laboratuvar değerleri genellikle normal sınırlardadır. Ultrasonografi adneksiyal torsiyon şüphesinde tanıda altın standarttır. Ultrasonografide tipik olarak uterin corna doğru gittikçe incelen hiperekojen cidara sahip kistik adneksiyal kitle ve sağlam ipsilateral over olduğu görülmelidir⁽⁸⁾. Doppler USG ipsilateral overin viabilitesini göstermek açısından yararlı olabilir; ancak overin vasküler yapısının normal olması İTT tanısını ekarte ettirmez⁽⁹⁾. Hastamızda yapılan trans-abdominal USG’ de sol over net olarak seçilememiştir, doppler USG yapılmamıştır.

Akut alt kadran ağrısı ile başvuran klinik, laboratuvar, fizik muayene bulguları non-spesifik saptanan hastaların ayırıcı tanısında; akut apandisit, ektopik gebelik, pelvik inflamatuvar hastalık, over torsiyonu, over kist rüptürü, intestinal obstrüksiyon veya perforasyon, ürolityazis, sistit ve leiomyom dejenerasyonu yanında İTT de düşünülmelidir⁽¹⁰⁾. Akut alt kadran ağrısı ile başvuran ve USG’de adneksiyal kitle ile birlikte her iki overi salim görünen hastalarda İTT’nunu ön planda düşünüp erken teşhis ve müdahale etmek, özellikle fertilitenin devamı açısından çok önemlidir. Fakat yapılan çalışmalarda, bunun aksine genellikle preoperatif teşhisin zor olduğu ve sıklıkla intraoperatif safhada kesin tanıya ulaşılabildiği görülmüştür⁽¹¹⁾. Bu hastaların

çoğunda ilk başvuru anında akut batın tablosu bulunmaması nedeni ile henüz doku nekrozunun olmadığı, fertilité şansının devam ettiği dönemde İTT ilk planda düşünülmediği için konservatif tedavi şansı genellikle kaybolmaktadır. Hastamızda preoperatif dönemde ön tanı olarak endometrioma varlığı düşünüldüğü için acil cerrahi girişim yapılmamıştır. Operasyon sırasında tubanın torsiyone olduğu saptanmış ;ancak konservatif müdahale için uygun olmadığı görülmüştür.

İzole tuba torsiyonu tedavisi primer olarak eksploratif laparotomi veya laparoskopik cerrahidir. İzole tuba torsiyonunda her hangi bir kontrendikasyon yok ise laparoskopi sadece iyi bir tanı aracı değil ayrıca tedavi edici bir yaklaşımdır. Operasyon sırasında tubanın görünümüne, hastanın yaşına ve fertilité durumuna bağlı olarak detorsiyon veya salpenjektomi yapılabilir⁽¹²⁾. Eğer tubada herhangi bir iskemik hasar veya nekrotik görünüm yoksa bu hastalar detorsiyondan fayda görür. Hastamızda laparoskopik müdahalede tuba nekrotik görünümde olduğundan detorsiyon işlemi denenmeden salpenjektomi yapılmıştır.

Kadınlarda akut pelvik ağrının, hangi yaşta olursa olsun dikkatle değerlendirilmesi gerekir. Özellikle genç hastalarda ayırıcı tanıda İTT’nunda düşünülmesi hızlı müdahale şansı sağlayarak fertilitenin korunmasını açısından çok önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Hansen O. Isolated torsion of the fallopian tube. Acta Obstet Gynecol Scand 1970; 49: 3.
2. Shukla R. Isolated torsion of the hydrosalpinx: a rare presentation. Br J Radiol 2004; 77: 784- 6.
3. Ullal A, Kolipara PJ. Torsion of a hydrosalpinx in a 18 year-old virgin. J Obstet Gynecol 1999; 193: 331.
4. Ozgun MT, Batukan C, Turkyilmaz C, Serin IS. Isolated torsion of fallopian tube in a post-menopausal patient: A case report. Maturitas 2007; 57: 325- 7.
5. Youssef A, Fayad M, Shafeek M. Torsion of the fallopian tube. Acta Obstet Gynecol Scand 1962; 41: 291.
6. Elchalal U, Caspi B, Schachter M, Borenstein R. Isolated tubal torsion: clinical and ultrasonographic correlation. J Ultrasound Med 1993; 2: 115- 7.
7. Droegemueller W. Benign gynecologic lesions. In: Comprehensive Gynecology. 3rd ed. Edited by S Baxter. St. Louis, Mosby-year Book, Inc., 1997; 467- 516.

8. S. Skinner, F. Voyvodic, R. Scroop, T. Sanders. Isolated Tubal Torsion: CT Features. *Clinical Radiology* 2001; 56: 155- 65.
9. Baumgartel PB, Fleischer AC, Cullinan JA, Bluth RF. Color doppler sonography of tubal torsion. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996; 7: 367- 70.
10. Ferrera PC, Kass LE, Verdile VP. Torsion of the fallopian tube. *Am J Emerg Med* 1995; 13: 312- 4.
11. Blair CR. Torsion of the fallopian tube. *Surg Gynecol Obstet* 1962; 114: 727- 30.
12. Gross M, Blumstein SL, Chow LC. Isolated fallopian tube torsion: a rare twist on a common theme. *AJR Am J Roentgenol* 2005; 185: 1590- 2.