

Gebelikte İzole Fallop Tüpü Torsiyonu; İki Olgu Sunumu*

Ömer Tarık YALÇIN, Sinan ÖZALP, Başar TEKİN, Hikmet HASSA, Sinan ZEYTİNOĞLU
Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, ESKİŞEHİR

ÖZET

Gebelikte izole fallop tüpü torsiyonu ile çok ender karşılaşılmaktadır. Torsiyon için predispozan faktörler, hidrosalpinks, geçirilmiş tubal operasyon, pelvik konjesyon, ovarian ve paraovaryan kitleler ve travmadır. En önemli klinik bulgu alt kadranda görülen abdominal ağrı olmasına rağmen tanı çoğu zaman akut karın nedeniyle operasyona alınan olgularda operasyon anında konulmakta ve hemen her zaman salpenjektomi gerekmektedir. Gebelikte saptanan ve birinde hidrosalpinksin, diğerinde ise paraovaryan kistin eşlik ettiği iki izole fallop tüpü torsiyonu olgusu sunularak, semptom ve predispozan faktörler tartışılmıştır. **Anahtar kelimeler:** Fallop tüpü, hidrosalpinks, gebelik.

SUMMARY

ISOLATED TORSION OF FALLOPIAN TUBE DURING PREGNANCY; A REPORT OF TWO CASES

Isolated torsion of fallopian tube is very uncommon during pregnancy. Predisposing factors for torsion are hydrosalpinx, prior tubal operation, pelvic congestion, ovarian and paraovarian masses and trauma. Although the most important clinical symptom is abdominal pain in lower quadrants, the diagnosis is usually established during the operation performed for acute abdomen and salpingectomy is almost always necessary. Two cases of torsion of fallopian tube one with hydrosalpinx, the other with paratubal cyst during pregnancy are described and symptoms and predisposing factors discussed.

Key words: fallopian tube, hydrosalpinx pregnancy.

GİRİŞ

Fallop tüpünün izole torsiyonu ile gebelikte çok ender karşılaşılmakta olup, sıklıkla akut apandisit ile karıştırılmaktadır (1). Abdominal ağrıyla başvuran ve pelvik muayenede adneksiyal hassasiyet saptanan olgularda nadir de olsa altta yatan sebebin tubal torsiyon olabileceği akılda tutulmalıdır. Normal fallop tüpünde izole torsiyon olabilmekle birlikte sıklıkla gebelik, hidrosalpinks, ovarian veya paraovaryan kitle gibi altta yatan predispozan bir faktör mevcuttur (2). Ender görülmesi ve preoperatif dönemde tanısının zor olması sebebiyle, gebelikte saptanan iki izole fallop tüpü torsiyonu olgusu sunulmuştur.

I. OLGU

Yirmidört yaşında, primigravid olan olgu, 26 haftalık gebeliği varken 12 saat önce sağ alt kadranda başlayan sürekli karın ağrısı ve 5 saattir buna eşlik eden bulantı şikayeti ile başvurdu. Hastanın öyküsünde ve gebelik takiplerinde özellik yoktu. Derin palpasyonda sağ alt kadranda hassasiyet varken, rebound ve defans

saptanmadı. Ultrasonografik olarak sağ adneksial bölgede 62x65x56 mm boyutlarında, homojen, hipoeoik, düzgün kenarlı, duvar kalınlığı 4.3 mm olan kistik yapı gözlemlendi.

Hemogloblin miktarı, beyaz küre sayısı, idrar tahlili sonucu normal sınırlarda olmasına rağmen yatışının ikinci gününde 38.6 dereceye yükselen ateş değeri olan ve rebound gelişen hastaya akut batın ön tanısıyla laparotomi yapıldı.

Eksplorasyonda sağ tubal ampuller bölgeden kaynaklanan 6x7 cm. boyutlarında, içi seröz vasıflı sıvı ile dolu, kendi etrafında bir kez torsiyone olmuş hidrosalpinks hali mevcuttu. Her iki over ve sol tuba doğal görünümde, uterus gebelik haftasıyla uyumluydu. Apendiksi gros olarak normal görünen hastaya sağ salpenjektomi yapıldı. Histopatolojik değerlendirme sonucu hemorajik infarkt alanları içeren hidrosalpinks ile uyumlu geldi. Postoperatif aynı günde 4 dakika aralarla gelen kontraksiyonlarının yanında servikal muayenede 1 cm. açıklık %50 silinme olması sebebiyle intra-venöz ritodrin infüzyonu ile tokolize başlandı. Postoperatif 4. günde oral tokolize geçilen hasta, postoperatif 13. günde oral tokoliz ve yatak istirahati önerileriyle taburcu edildi. 37 haftalık gebeliği varken, tokolitik tedavinin kesilmesinin ardından spontan gelişen eylemi takiben vajinal yoldan, 9-10 apparlı, 2700 gram, erkek bebek doğurtuldu, intrapartum ya da postpartum, fetal ya da maternal bir komplikasyon gelişmedi.

* Bu çalışma 19-21 Haziran 1996 tarihinde İstanbul'da düzenlenen XIII. Jineko-Patoloji Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

Yazışma adresi: Ömer Tarık Yalçın
Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, ESKİŞEHİR

II. OLGU

31 yaşında, gravidası 3, paritesi 1, abortusu 1 olan olgu, 34 haftalık gebeliği varken, 4 gün önce alt abdominal bölgede başlayan, şiddeti giderek artan ve iki gündür sağ kasığına lokalize olan ağrı şikayetiyle başvurdu. Kliniğimizde önceden takibi olmayan hastanın öyküsünde bir özellik yoktu. Abdominal muayenesinde her iki alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound belirlendi. Hemoglobün miktarı, beyaz küre sayısı normal sınırlardaydı. Ultrasonografide sağ adneksial alanda düzgün kenarlı, septa içermeyen, hipoekoik, duvar kalınlığı en geniş yericde 11,5 mm. olan 82x75x57 mm boyutlarında kistik yapı gözlemlendi. Düzensiz uterin kontraksiyonları yanında pelvik muayenesinde servikal açıklık 1,5 cm, silinme %30 olarak bulundu. Preterm eylem nedeniyle intravenöz ritodrin infüzyonu ile tokolize başladıktan sonra torsiyone over kisti ön tanısıyla laparotomi yapıldı.

Eksplorasyonda sağda paratubal yerleşimli tüpü iki kez torsiyone etmiş, hemorajik görünümü, 8x8x6 cm. boyutlarında kistik yapı gözlemlendi. Diğer tuba, her iki over ve apandiks normal görünümde, uterus büyüklüğü gebelik haftasıyla uyumlu bulundu. Sağ salpenjektomi ve sağ paratubal kist ekstirpasyonu yapıldı. Histopatolojik değerlendirme sonucu tuba uterinanın normal olduğu, paratubal kistik yapı içerisinde ise yer yer hemorajik konjesyon alanları görüldüğü bildirildi.

Postoperatif dönemde ritodrinle intravenöz tokolize devam edilen hastaya, ikinci gündeki idrar kültüründe *Enterococcus Fecalis* üremesi nedeniyle günde 4.kez 1 gr. oral ampisilin tedavisi başlandı. Postoperatif altıncı günde oral tokolize geçilen hasta 16. günde oral tokoliz ve yatak istirahati önerileriyle taburcu edildi. 37. haftada tokolitik tedavi kesildikten sonra 39 haftalık gebeliği varken spontan gelişen doğum eylemi sonucu vajinal yoldan, 8-9 apgarlı, 3200 gram, kız bebek doğurtuldu, intrapartum veya postpartum, maternal veya fetal komplikasyon gelişmedi.

TARTIŞMA

Klinikte fallop tüpü torsiyonu ile çok ender karşılaşılmaktadır (1-3). Danimarka'da 10 yıllık süre içindeki tüm cerrahi ve jinekolojik olgular gözden geçirildiğinde, kadınlarda insidansı yılda 1/1 500 000 olarak bildirilmiştir (4). Olguların yaklaşık %80'ine fertil periyotta rastlanırken %12'si gebelikte gelişmektedir (5).

İzole fallop tüpü torsiyonu etyopatogenezinde birçok faktör sorumlu tutulmaktadır. Torsiyon sıklıkla anormal tüplerde oluşmasına rağmen, normal tüplerde de gelişebilmektedir (4). Hematosalpink, hidrosalpink, morgagni kistleri, geçirilmiş tubal ligasyon ve operasyon, peritubal adezyon ve tubal ya da ovarian neoplazm gibi anatomik bozuklukların yanısıra ilaç kullanımı gibi tüpün peristalsizmini etkileyerek hipermobilitate ya da spazma neden olan ve tubal fizyolojiyi bozan durumlar etyolojik faktörler arasında sayılmaktadır (1-

4,6). Mezosalpinkteki uzun ve esnek varikoz venlerin konjesyonu gibi hemodinamik bozukluklar yanında ani hız ve pozisyon değişiklikleri ve travmanın da tubal torsiyona neden olabileceği düşünülmektedir (6,7).

Tubal torsiyonun en önemli klinik bulgusu alt kadranda görülen abdominal ağrıdır (1-6) Tubal torsiyon sağ tarafta sol tarafa nazaran 2-3 kat daha fazla görülmektedir (1,5). Bu durum cerrahların sağ taraftaki abdominal ağrıları akut apandisit ön tanısıyla açma eğilimleri, sigmoid kolonun sol tarafta torsiyonu engellemesi, sağ ve sol tarafta venöz dönüşün farklı olması gibi nedenlerle açıklanmaya çalışılmaktadır (5). Ağrının yanında tabloya bulantı eşlik edebildiği gibi nadiren uterin kanama da görülmektedir. Vücut ısısı, beyaz küre sayısı, sedimentasyon hızı normal veya hafif yükselmiş olarak bulunabilmektedir (1,3,6).

Ayrırcı tanıda düşünülebilecek hastalıklar ovarian torsiyon, akut apandisit, ektopik gebelik, salpenjit, ürener sistem patolojileri, rüptüre folikül kisti, dejenere myom ve ablatio plasentadır (1,6). Bunlardan özellikle ovarian torsiyonu, benzer yakıma ve bulguların gelişmesi yanında primer patolojik lezyonun niteliğine, stromal ödem ve hemorajinin derecesine göre ultrasonografik olarak kistik görünüm oluşturabilmesi nedeniyle klinik bulgular ya da laboratuvar tetkiklerle izole tuba torsiyonundan ayırmak mümkün olamamaktadır (1).

İzole fallop tüpü torsiyonunun tanısını preoperatif olarak koymak zordur ve tanı genellikle operasyonda konulmaktadır. Tuba genellikle enfarkte görünümde olup çoğu zaman salpenjektomi gerekmektedir. Erken dönemde saptanan veya torsiyonun tam olmadığı olgularda detorsiyon denenebilir (7). Ovarian perfüzyonun bozulup, nekrozun gelişmediği durumlarda overler korunmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Mc Kenna PJ, Gerbert KH. Isolated torsion of the uterin tube in pregnancy. A case report. J Reprod Med. 34 (2): 187-188, 1989.
2. Russin LD. Hydrosalpinx and tubal torsion: a late complication of tubal ligation. Radiology. 159 (1): 115-116, 1986.
3. Sally LI, Weber T. Torsion of the fallopian tube during pregnancy. Case report. Acta Obstet Gynecol Scand. 64 (4): 349-351, 1985.
4. Sorem KA, Bengtson JM, Walsh B. Isolated fallopian tube torsion presenting in labor. A case report. J Reprod Med. 36(1): 763-4, 1991.
5. Vierhout ME, Wallenburg HCS. Torsion of the fallopian tube: a case report of bilateral nonsimultaneous torsion and review of the literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 23 (1-2): 111-115, 1986.
6. Elchalal U, Casbi B, Schachter M, Borenstein R. Isolated tubal torsion: clinical and ultrasonographic correlation. J Ultrasound med. 12(2): 115-117, 1993.
7. Dueholm M, Praest J. Isolated torsion of the normal fallopian tube. Case report. Acta Obstet Gynecol Scand. 66 (1): 89-90, 1987.