

İzole tubal torsiyon nedeniyle miat gebelikte akut abdomen

Güneş Topçu¹ , Yağmur Şimşek¹ , Şenay Çetin² , Murat Muşcu¹ , Ayşegül Özel³ 

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bölümü, İstanbul

Özet

Amaç: Nadir bir durum olan gebelikte izole tubal torsiyon olgusunu sunmak.

Olgu: Çalışmamızda, sağ alt kadranda abdominal ağrısı olan, 23 yaşında primigravida ve 37. gebelik haftasında olan bir olguyu sunduk. Klinik ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları, akut apandisit tanısına işaret etmekteydi. Acil eksploratif laparotomi ve sezaryen doğum gerçekleştirildi. Bükülmüş sağ Fallop tüpü ve Morgagni kisti gözlemlendi ve sağ salpenjektomi yapıldı.

Sonuç: Gebelikte izole tubal torsiyon nadir olsa da, gebelikte akut abdomenin ayırıcı tanısına dahil edilmelidir. Erken cerrahi müdahale, obstetrik morbiditeyi azaltacaktır.

Anahtar sözcükler: Akut abdomen, gebelik, izole tubal torsiyon.

Abstract: Acute abdomen in a term pregnancy due to isolated tubal torsion

Objective: Isolated tubal torsion in pregnancy is a rare condition we want to present this case.

Case: In our study, we present a 23-year-old woman primigravida at 37 weeks of gestation with acute right lower abdominal pain. The clinical and Magnetic resonance imaging (MRI) findings led to diagnosis of acute appendicitis. Emergency exploratory laparotomy and cesarean section were performed. A twisted right Fallopian tube and Morgagni's cyst was noted and right salpingectomy was performed.

Conclusion: Although isolated tubal torsion during pregnancy is very rare, it should be included in the differential diagnosis of acute abdomen in pregnancy. Early surgical intervention will decrease obstetric morbidity.

Keywords: Acute abdomen, pregnancy, isolated tubal torsion.

Giriş

Fallop tüplerinin torsiyonu, akut abdominal ağrının nadir bir nedenidir. Tubal torsiyon insidansı 1.5 milyon kadında bir olarak bildirilmiştir ve olguların yalnızca %12'si gebelik esnasında tespit edilmiştir.^[1,2] Hidrosalpinks, hematosalpinks, geçmiş tubal cerrahi işlemi, Morgagni kisti, adezyonlar, tubal anomaliler, tubal mobiliteyi artıran ilaçlar (hormonlar vb.) ve tubal travma, tubal torsiyonun etiolojisinde yer alabilir. Torsiyon, sağlıklı tüplerde de meydana gelebilir. Diğer bilinen etiolojik faktörler arasında tüpler çevresindeki variköz venler de yer almaktadır.^[3,4]

Tubal torsiyon tanısı koymak zordur, çünkü akut apandisit, pelvik enflamatuvar hastalık, over torsiyonu,

renal kolik, piyelonefrit, divertikülit vb. gibi diğer akut abdominal ağrı nedenlerinden ayırt etmek güçtür. Tubal torsiyonun kesin tanısı genellikle intraoperatif olarak konulur.

Olgumuz, preterm gebelikte akut apandisit ön tanısı ile opere edilmiştir, fakat ameliyat öncesi gözlem sırasında sağ tubal torsiyonun abdominal ağrı sebebi olduğu intraoperatif olarak anlaşılmıştır.

Olgu Sunumu

Günde 10 ünite insülin detemir (uzun etkili insülin) kullanan, gestasyonel diyabet geçmişi olan 23 yaşında sağlıklı primigravida, 36 hafta 2 günlük gebe iken klini-

Yazışma adresi: Dr. Ayşegül Özel. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bölümü, İstanbul. **e-posta:** ozelaysegul@hotmail.com / **Geliş tarihi:** 1 Eylül 2020; **Kabul tarihi:** 12 Ekim 2020

Bu yazının atf künyesi: Topçu G, Şimşek Y, Çetin Ş, Muşcu M, Özel A. Acute abdomen in a term pregnancy due to isolated tubal torsion. Perinatal Journal 2020;28(3):217-220. doi:10.2399/prn.20.0283013

Bu yazının çevrimiçi İngilizce sürümü: www.perinataljournal.com/20200283013

ORCID ID: G. Topçu 0000-0003-4784-6356; Y. Şimşek 0000-0001-8124-6245; Ş. Çetin 0000-0001-8520-5520; M. Muşcu 0000-0001-7039-375X; A. Özel 0000-0002-0283-1049

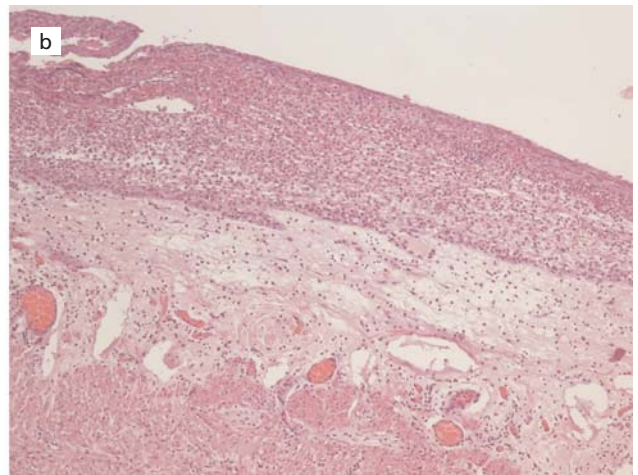
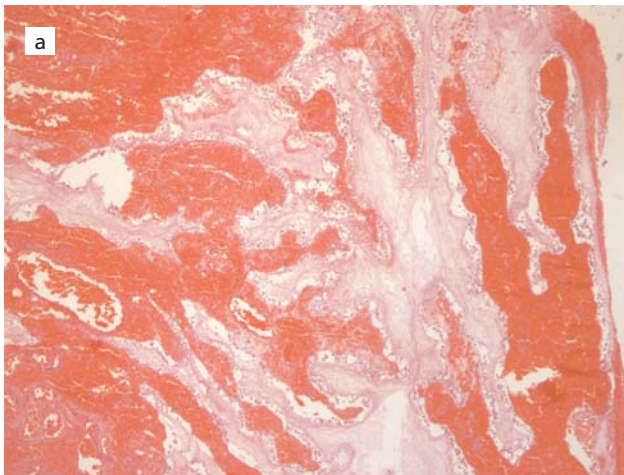
ğimize başvurdu. Vital bulguları, hemogramı ve üriner parametreleri normaldi ancak karaciğer fonksiyon parametreleri artmıştı (alanin aminotransferaz seviyesi 296 U/L'ye, aspartat aminotransferaz seviyesi 179 U/L'ye yükselmişti). Hasta, kolestaz ve gestasyonel diyabet ön tanısıyla yatan hasta servisine yönlendirildi. Sonografik muayenede, gebeliğin 37. haftasında olan ve normal amniyotik sıvı ve plasentalı canlı tek fetüs gözlemlendi. Umbilikal arter Doppler bulguları normaldi. Non-stres testinde, uterus kontraksiyonları olmaksızın fetal kalp hızında normal hızlanmalar ve değişiklikler görüldü. Yüksek seviye serum safra asitleri sonrası ursodeoksikolik asit tedavisine başlandı.

Hastaneye yatışının beşinci gününde hastada, iştah kaybı ve sağ alt kadranda abdominal ağrı şikayetleri ortaya çıktı. Fiziksel muayenede, spesifik duyarlılık olmaksızın gebelik yaşı ve kostovertebral açı hassasiyeti ile uyumlu abdominal büyüme tespit edildi. Üriner ultrason ve tam idrar analizi planlandı, ancak sağ alt kadranda lokalize ağrı, iştah kaybı ile yeni tam kan sayımında artmış C-reaktif protein ve lökositoz nedeniyle hasta, akut apandisit ön tanısıyla genel cerrahiye yönlendirildi. MRG önerildi ve yapıldı. MRG sonuçları, radyolog tarafından akut apandisit olarak yorumlandı. Hasta bilgilendirilerek acil eksploratif laparotomi ve sezaryen doğum planlandı. Sağlıklı 3000 g ve 9/10 Apgar skorlu bebeğin sezaryen doğumunun ardından, sağ Fallop tüpünün kendi çevresinde dört kez bükülmüş (Şekil 1) ve tüpün distal ucunun, 6x3 cm boyutlu bir nekrozla uterusun arka-



Şekil 1. Sağ Fallop tüpü kendi çevresinde dört kez bükülmüştü.

sına yapışmış olduğu gözlemlendi. Ayrıca, fimbriyal uçlarda 20 mm'lik bir Morgagni kisti saptandı. Apendisin distal kısmı ödemli ve iltihaplı olduğundan, intraoperatif konsültasyon için genel cerrah davet edildi. Apendektomi yapıldı. Histopatolojik muayenelerde tubal hemoraji ve nekroz teyit edildi. Ancak histopatoloji raporu, apandisin kısmının primer enflamasyon gösterdiğini bildirmedi (Şekil 2a ve b).



Şekil 2. (a) Sağ tubal hemoraj ve nekrozun histopatolojik görüntüsü (H&E x100). (b) Apendisin histopatolojik görüntüsü (H&E x100). Periapandisit, peritoneal enflamasyonla ilişkili ikinci tubal torsiyon olarak görülmektedir.

Postoperatif iyileşme sorunsuzdu ve sezaryen sonrasında insülin ve ursodeoksikolik asit tedavisi sonlandırıldı. Kan şekeri seviyeleri ve karaciğer fonksiyon testleri normaldi.

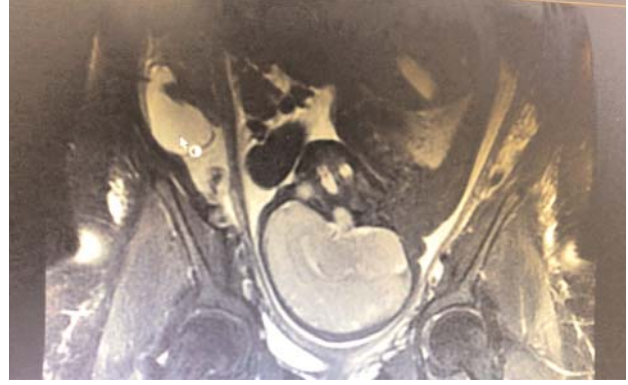
Tartışma

Tubal torsiyon, gebelik esnasında nadiren görülür. İngilizce literatürde 1936 yılından itibaren günümüze kadar gebelikte yaklaşık 31 izole tubal torsiyon olgusu bildirilmiştir.^[5-8]

Olgumuzda daha önceden bilinen herhangi bir etiyolojik faktör bulunmuyordu, ancak preoperatif gözlem sırasında sağ tarafta bir Morgagni kisti tespit ettik. Morgagni kistleri, Fallop tüplerinin uç tarafında bulunan Wolf kanalı kalıntılarıdır. Bu kistler genellikle asemptomatik ve Fallop tüpleri ile nadiren torsiyona uğrar^[6]

Spesifik olmayan bu klinik bulgular, bir izole tubal torsiyonu preoperatif olarak tespit etmeyi güçleştirir. Bulantı, kusma ve alt kadranda abdominal ağrı, tubal torsiyonun en önemli semptomlarıdır. Bu sunumdaki olgumuzda, sağ alt kadranda abdominal ağrı ve iştah kaybı mevcuttu ve lökosit seviyeleri biraz artmıştı. Akut apandisit, over torsiyonu, rüptüre over kisti, tubo-over apse, salpenjit, ürolitiazis, dejenerer leiomyom ve placent dekolmanı, tubal torsiyonun semptom ve bulgularını taklit edebilir.^[9] Akut apandisit, bu olguda olduğu gibi sıklıkla sağ tubal torsiyon ile karıştırılmaktadır. Tubal torsiyon genellikle sağ tarafta oluşur. Tubal torsiyonun olasılıkla ince bağırsağın ve apandisin kolayca hareket edebildiği sağ tarafta ortaya çıkar çünkü sol tarafta mezenter bağli sigmoid kolon görece az hareketlidir. İkinci olası neden ise, sağ tarafta tıkanmaya neden olan yavaş venöz drenaj olabilir.^[10,11]

Tubal torsiyon olgularında görüntüleme genellikle non-spesifik olsa da, tanının belirsiz olduğu olgularda, özellikle de belirsiz sonografik bulguları olan genç ve gebe hastalarda MRG yararlıdır. MRG ayrıca, yumuşak dokularda yüksek seviyede kontrasta sahip olması ve gebeler için radyasyon maruziyetine sebep olmaması nedeniyle güvenli bir seçenektir. Sunduğumuz olguda yanlış tanı koymamızın nedenlerinden birincisi, hastanın sağ alt kadranda ağrısı için preoperatif ultrasonografi muayenesi yapmamış olmamızdır. İkinci neden ise hastanın acil durumu nedeniyle MRG görüntülerini inceleme fırsatımızın olmamasıdır. Cerrahi müdahale sonrasında, MRG görüntülerinde sağ adneksal tarafta kistik dilatasyon tespit ettik (**Şekil 3**).



Şekil 3. Sağ adneksal alanın dilate ve kistik yapısı (beyaz ok) cerrahi müdahale sonrası retrospektif olarak bükülmüş sağ tüp şeklinde yorumlanmıştır.

Cerrahi müdahaleye yönelik teknik yaklaşım da gebelerde önemli bir husustur. Ancak, gebelikte apendektomilere odaklanan yakın tarihli çalışmalarında Walsh ve ark., laparoskopik yaklaşımın güvenli olduğunu bildirmiştir.^[12] Hastanın 37. gebelik haftasında olması nedeniyle açık cerrahi yaklaşımı tercih ettik. Literatürde çoğu olguda bildirildiği şekilde,^[2,7] Fallop tüpü hemorajik enfarksiyon ve nekrozun yanı sıra ödemli olduğundan torsiyonun düzeltilmesi yerine salpenjektomi tercih ettik.

Sonuç

Tubal torsiyonda preoperatif olarak kesin tanı koymak çok güçtür. Bu tür olgularda obstetrik komplikasyonları önlemek için, erken cerrahi müdahale dahil agresif yönetime işaret edilmektedir. Görüntüleme teknikleri fikir verici olabilir, fakat kesin değildir. Bu nedenle akut abdomenli bir gebe, önce klinik bulgularla değerlendirilmelidir.

Çıkar Çakışması: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. 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;31:235-8. [PubMed]
2. Phupong V, Intharasakda P. Twisted fallopian tube in pregnancy: a case report. *BMC Pregnancy Childbirth* 2001;1:5. [PubMed] [CrossRef]
3. Comerci G, Colombo FM, Stefanetti M, Grazia G. Isolated fallopian tube torsion: a rare but important event for women of

- reproductive age. *Fertil Steril* 2008; 90: 1198.e23–5. [PubMed] [CrossRef]
4. Yen CF, Lin SL, Murk W, Wang CJ, Lee CL, Soong YK et al. Risk analysis of torsion and malignancy for adnexal masses during pregnancy. *Fertil Steril* 2009;91:1895–902. [PubMed] [CrossRef]
 5. Park, Seong Nam. Isolated tubal torsion in the third trimester of pregnancy managed with simultaneous salpingectomy and cesarean section. *Yeungnam Univ J Med* 2019;36:59–62. [PubMed] [CrossRef]
 6. Ercan F, Bayram M, Balci O, Yildirim MA, Kucukkartallar T. Fallopian tube torsion due to Morgagni cyst in second trimester of pregnancy: a case report. *Selcuk Med J* 2019;35: 130–2. [CrossRef]
 7. Origoni M, Cavoretto P, Conti E, Ferrari A. Isolated tubal torsion in pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;46: 116–20. [PubMed] [CrossRef]
 8. Ouassour S, Alami MH, Tazi Z, Filali AA, Bezaad R. Isolated Fallopian tube torsion in pregnancy: an uncommon event. *MOJ Clinical & Medical Case Reports* 2017;7:00192. [CrossRef]
 9. Sun Y, Liu LL, D JM. Isolated tubal torsion in the third trimester of pregnancy: a case report and review of the literature. *J Res Med Sci* 2014;19:1106–9. [PubMed]
 10. Erdemoğlu M, Kuyumcuoğlu U, Kale A. Pregnancy and adnexal torsion: analysis of 20 cases. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2010; 37:224–5. [PubMed]
 11. Varghese U, Fajardo A, Gomathinayagam T. Isolated fallopian tube torsion with pregnancy – a case report. *Oman Med J* 2009; 24:128–30. [PubMed] [CrossRef]
 12. Walsh CA, Tang T, Walsh SR. Laparoscopic versus open appendicectomy in pregnancy: a systematic review. *Int J Surg* 2008;6:339–44. [PubMed] [CrossRef]

Bu makalenin kullanım izni Creative Commons Attribution-NoCommercial-NoDerivs 3.0 Unported (CC BY-NC-ND3.0) lisansı aracılığıyla bedelsiz sunulmaktadır. / This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported (CC BY-NC-ND3.0) License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.