

Gebeliğin ilk trimesterinde akut batın; corpus luteum torsiyonu: olgu sunumu

Acute abdomen in the first trimester of pregnancy; the corpus luteum torsion: a case report

Hayri Aksüt¹, Ayşe Gülsün Ateş², Deniz Uyumaz¹, Zeynep Atgüden¹, Selda Uysal³, Ferit Soylu³

¹ Asist.Dr., Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İzmir, Türkiye

² Asist.Dr., Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir, Türkiye

³ Uzm.Dr., Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İzmir, Türkiye

Özet

Adneksiyel torsiyon, gebelikte saptanan nadir akut karın nedenlerindedir. Adneksiyel torsiyon vakalarında tanı koymak oldukça güçtür. Klinik ve laboratuvar bulguları da tanı koymak için yeterince spesifik değildir. Gebelikte ise klinisyen için çok zor bir durumdur. Biz bu vakada 21 yaşında akut batın ile başvurmuş 6 haftalık, gravida 1, parite 0 olan bir vakayı sunuyoruz. Hastanın ultrasonografi bulgusunda sağ adneksiyel alanda kist içi hemoraji görünümü veren 8x7 cm'lik kistik kitle mevcuttu. Akut batın bulgularının ilerlemesi üzerine laparotomi ile operasyona alınan hastaya sağ salpingoofektomi uygulandı. Postoperatif 9. günde spontan abortus gerçekleşti. Gebelik sırasında over torsiyonu tanısı koymak oldukça güçtür, operasyon ise kaçınılmazdır. Gebeğin devamı progesteron kaynağı olan corpus luteumun oofektomi sırasında alınması nedeni ile güçleşmektedir.

Anahtar kelimeler: adneksiyel kitle, gebelik, torsiyon

Abstract

Adnexial torsion is a rarely diagnosed cause of acute abdominal pain in pregnancy. It is frequently difficult to diagnose cases of adnexal torsion. Clinical and laboratory findings are not specific enough for diagnosis. In pregnancy, it is a very difficult situation for clinician. In this case, we presented a 21-year-old , gravida 1, parity 0, 6 weeks pregnancy with acute abdomen. Ultrasonographic finding of the patient showed a 8x7 cm cystic mass on the right adnexal area with intracystic hemorrhagic appearance. The patient was operated on the progression of symptoms of acute abdomen; right salpingoofektomi was performed. Ninth postoperative day, spontaneous abortion occurred. The diagnosis of ovarian torsion during pregnancy is very difficult, the operation is inevitable. Corpus luteum, the source of progesterone, is taken during oophorectomy; pregnancy is more difficult due to this situation.

Key words: adnexial mass, pregnancy, torsion

Kabul tarihi: 24 Mart 2012

Giriş

Gebelikte rastlanan adneksiyel torsiyon vakaları çok nadir olmakla beraber, daha sıklıkla ilk trimesterde ve in vitro fertilizasyon (İVF) tedavilerinden sonra oluşmaktadır (1,2,3). Adneksiyel torsiyon, over pedikülünün kendi etrafında dönmesi ve kan akımını engellenmesi ile meydana gelen gerçek bir jinekolojik acildir. Jinekolojik acillerin %3'ünü oluşturur (2). Gebelikte ise torsiyon riski 5 kat artmaktadır (4).

Organ koruyucu tedavi yapabilmek için erken tanı koymanın çok önemli olduğu over torsiyonunda cerrahi tedavi kaçınılmazdır. Son zamanlarda gebeliğin 16. haftasına kadar laparotomi tercih edilebilen bir seçenek haline gelmiştir (5).

Bu olguda gebeliğinin 6. haftasında akut karın ile başvuran bir over torsiyonu vakasını incelenmiştir.

Olgu

Dokuz haftalık gebelik ve gravida 1 parite 0 olan 21 yaşındaki hasta acil servise sağ alt kadranda ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın öyküsünden, ek hastalığının olmadığı, şikayetlerinin 24 saattir olduğu, son bir iki saattir şiddetinin arttığı ve ağrısının kolik tarzda ağrı olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde sağ alt kadranda defans mevcuttu, diğer muayene bulguları olağandı. Ateş:36,9C°, arteriyel kan basıncı:125/70 mmHg., nabız:95/dak. Bulundu. Yapılan laboratuvar inceleme

rinde hemoglobin:10,9 g/dL, beyaz küre:13 K/uL, diğer biyokimyasal parametreler ise normal sınırlardaydı. Yapılan transvaginal ultrasonografisinde (USG); intrauterin gebelik, ölçümleri 6 hafta ile uyumlu olan ve fetal kalp atışları (+) tek canlı fetus izlendi. Sol adneksiyel alanda sonopatolojiye rastlanmadı; ancak sağ adneksiyel alanda yaklaşık 8x7 cm. boyutlarında corpus luteum ile uyumlu görünümde içerisinde hemoraji ile uyumlu kistik kitle mevcuttu. Hasta takibe alındı. 3 saat sonra hastadan alınan kan tetkiklerinde Hb:10,2 g/dL beyaz küre:13.9 K/uL idi. Bunun üzerine hasta tekrar transvaginal USG ile tetkik edildi. USG’de sağ adneksiyel alandaki kist boyutları aynı ölçülerde izlendi; ancak kistin duvarında kalınlaşma ve paraovaryen minimal serbest sıvı mevcuttu. Hasta, kendisine ve yakınlarına bilgi verildikten ve gerekli onamlar alındıktan sonra acil şartlarda laparotomiye hazırlandı. İntraoperatif eksplorasyonda sol over, sol tuba uterina ve diğer batın içi organlar olağan olarak izlendi. Ancak sağ adneks kendi etrafında torsiyone, sağ over ve sağ tuba uterina tamamen nekrotik görünümdeydi. Sağlam over dokusunun izlenememesi ve tüm alanlarda hemoraji ve nekroz olması nedeni ile sağ salpingooferektomi yapıldı. Hastanın postoperatif takibinde komplikasyon izlenmedi. Hastaya üç günde bir 250 mg hidroksiprogesteron kaproat ve 3x1 100 mg naturel mikronize progesteron verildi. Ancak postoperatif 9. günde abortus gerçekleşti. İleri patolojik incelemesinde ise torsiyone corpus luteum ve over olarak rapor edildi.

Tartışma

Adneks torsiyonu nadir karşılaşılan jinekolojik acillerden biridir. Torsiyonun nedenlerinin başında ise ovaryen kitleler gelmektedir (6). Gebelikte en sık karşılaşılan over kitleleri ise kistik teratom, paraovaryen kist, seröz kistadenom ve korpus luteum kistleridir (7). Gebelikte görülen bu kistler torsiyon, enfeksiyon, malignite gibi durumlarla komplike olabilmektedir. İlk trimesterde saptanan kistlerin %70 kadarı ikinci trimestere kadar resorbe olmaktadır. Bu nedenlerle adneksiyel torsiyonlar gebeliğin birinci trimesterinde daha sık görülürler (8). İkinci trimesterde cerrahi müdahale ile eksize edilen persiste kistler; persiste korpus luteum kisti (%20), kistadenom (%20), dermoid (%34), endometrioma (%5), leiomyoma (%5) olarak sıralanmaktadır (9). Ancak bu kitlelerin %5’i malign olabilmektedir (10). Altı cm. boyutlarına kadar olan kistler spontan olarak rezorbe olabilmektedir. Korpus luteum kistleri ise 12-16. haftalara kadar spontan rezorbe olurlar. 10 cm’den büyük kistlerin rüptür, torsiyon ve malignite ihtimalleri yüksek olduğundan rezeke edilmelidirler (11).

Over torsiyonunun preoperatif tanısı oldukça zordur. Over pedikülünün kendi etrafında dönmesi ile venöz dönüş engellenir; ancak arteryal akım devam ettiğinden over ödemlenerek büyür daha sonra doku beslenmesi bozulacağından nekroz gelişir. Torsiyon tanısı konulduktan kısa süre içerisinde cerrahi olarak müdahale edilmelidir. 36-48 saat süre geçtikten sonra irreversible hasar meydana gelir ve organ koruyucu cerrahi yapılamaz (12). Klinisyenler için bu tanıyı koymak oldukça zor bir karar süreci gerektirir; çünkü corpus luteum gebeliğin sağlıklı olarak devam etmesi için gereklidir. Ancak birkaç vakada 4. ve 5. gestasyon haftalarında luteotomi yapılan hastalarda gebelik devam etmiştir (13). Bu hastalara progesteron takviyesi önerilmektedir.

Torsiyon tanısında USG’nin yeri sınırlıdır; çünkü USG bulguları non-spesifiktir. Doppler USG ile ovaryen kan akımının görülmemesi tanı için oldukça spesifiktir (14).

Adneks torsiyonu cerrahi bir acil olmakla beraber, günümüzde farklı tedavi seçenekleri de kullanılmaktadır. Daha önceleri over detorsiyonunun pulmoner emboli riskini arttırdığı öngörülmüşse de, detorsiyone edilen vakalardan yalnızca birinde pulmoner emboliye rastlanmıştır (15). Over torsiyonu vakalarında gebeliğin erken dönemlerinde laparoskopi de kullanılmaya başlanmıştır. 78 vaka serisi ile yapılan bir derlemede gebelik ve over torsiyonu vakalarının %74’ü laparoskopik olarak yapılmıştır. %62’sinde organ koruyucu cerrahi, geriye kalanlarında ise ooferektomi yapılmıştır (16).

Sonuç

Tıbbi teknolojik gelişmelere rağmen over torsiyonu tanısını koymak, özellikle gebelerde oldukça güçtür. Tanı koymaktaki güçlüğüne rağmen, organ kaybına ek olarak gebelik kaybına da sebebiyet verdiği için akıldaki tutulması gereken jinekolojik acillerden biridir.

Kaynaklar

1. Mancuso A, Broccio G, Angio L. Adnexal torsion in pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 76:83-84.
2. Hibbard LT. Adnexal torsion. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1985; 152(4):456-461.
3. Roest J, Mous HVH, Zeilmaker GH, Verhoeff A. The incidence of major clinical complications in a Dutch transport IVF programme. Human Reproduction Update 1996; 2(4):345-353.
4. Kolloru V, Gurumurthy R, Vellanki V, Gururaj D. Torsion of ovarian cyst during pregnancy: a case report. Cases Journal 2009; 2:9405.

5. Lang PF, Tamussino K, Winter R. Laparoscopic management of adnexal torsion during the second trimester. *Int J Gynecol Obstet* 1992; 37:51–52.
6. Morice P, Louis-Sylvestre C, Chapron C, Dubuisson JB. Laparoscopy for adnexal torsion in pregnant women. *J Reprod Med* 1997; 42:435–439.
7. Lee CH, Raman S, Sivanesaratnam V. Torsion of ovarian tumors: a clinicopathological study. *Int J Gynaecol Obstet* 1989; 28:21-25.
8. Hibbard LT. Adnexal torsion. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152:456-461.
9. Giuntoli RL, Vang RS, Bristow RE. Evaluation and management of adnexal masses during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2006; 49:492–505.
10. Hess LW, Peaceman A, O'Brien WF, Winkel CA, Cruikshank DP, Morrison JC. Adnexal mass occurring with intrauterine pregnancy: Report of 54 patients requiring laparotomy for definitive management. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158:1028-1034.
11. Yen CF, Lin SL, Murk W, Wang CJ, Lee CL, Soong YK, Arici A. Risk analysis of torsion and malignancy for adnexal masses during pregnancy. *Fertil Steril* 2009; 91(5):1895-1902.
12. Kazez A, Ozel SK, Akpolat N, Goksu M. The efficacy of conservative treatment for late term ovarian torsion. *Eur J Pediatr Surg* 2007; 17:110–114.
13. Rabinerson D, Tohar M, Pomerantz M, Haimovich L. Persistence of a normal pregnancy after an early luteectomy. A report of two cases. *J Reprod Med* 1992; 37:749–752.
14. Gordon JD, Hopkins KL, Jeffrey RB, Giudice LC. Adnexal torsion: Color Doppler diagnosis and Laparoscopic treatment. *Fertil Steril* 1994; 61: 383–385.
15. McGovern PG, Noah R, Koenigsberg R, Little AB. Adnexal torsion and pulmonary embolism: Case report and review of the literature. *Obstet Gynecol Surv* 1999; 54:601–608.
16. Djavadian D, Braendle W, Jaenicle F. Laparoscopic oophorectomy for the treatment of recurrent torsion of the adnexa in pregnancy: Case report and review. *Fertil Steril* 2004; 82:933–936.

İletişim:

Asist.Dr. Hayri Aksüt
Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
İzmir, Türkiye
tel: +90.232.2444444 (2335)
mail: hayriautf2009@yahoo.com