

Adneksiyal Torsiyon Nedeniyle Opere Edilen Hastalarda Laparoskopi ve Laparotominin Karşılaştırılması

Comparison of Laparoscopy Versus Laparotomy in the Management of Adnexal Torsion

Osman Balcı, Mehmet S. İçen, Alaa S. Mahmoud

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, KONYA

Özet

Bu çalışmada amacımız, kliniğimizde adneksiyal torsiyon ön tanısı ile laparoskopi veya laparotomi yapılan hastaların değerlendirilmesi ve her iki operasyon yönteminin karşılaştırılmasıdır. Ocak 2007 ile Aralık 2009 yılları arasında, karın veya kasık ağrısı nedeniyle acil servise başvuran, akut karın bulguları olan hastalar ile diğer hastanelerden adneksiyal torsiyon ön tanısı ile kliniğimize sevk edilen ve değerlendirme neticesinde adneksiyal torsiyon ön tanısıyla operasyona alınan 72 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Laparoskopi veya laparotomi ile adneksiyal detorsiyon, kistektomi, ooferektomi, total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi (TAH-BSO) yapılan hastaların yaşları, gebelik ve doğum sayıları, adneksiyal kitle boyutu, pre-operatif ve post-operatif hemoglobin (Hb) değerleri, operasyon ve hospitalizasyon süreleri karşılaştırıldı. Laparoskopik yaklaşım ile 28, laparotomi ile 44 hasta opere edildi. Laparoskopik olarak 6 olguya detorsiyon, 17 olguya detorsiyon ve kistektomi ve 5 olguya da salpingo-ooferektomi yapılmıştır. Laparotomi grubunda ise 3 hastaya detorsiyon, 17 hastaya detorsiyon ve kistektomi, 7 hastaya salpingo-ooferektomi ve 17 hastaya da TAH-BSO uygulanmıştır. Laparoskopik grubu genç ve paritesi düşük olan hastalardan oluşmaktaydı. Operasyon süresi laparoskopik grubunda daha kısa idi ve daha kısa sürede taburcu edilmişlerdi. Ortalama adneksiyal kitle çapları laparotomi grubunda daha büyüktü. Adneksiyal torsiyon jinekolojik aciller içinde geç kalınmadan müdahale edilmesi gereken önemli bir klinik durumdur. Özellikle fertilitate isteği olan hastalarda en uygun cerrahi yaklaşım laparoskopi ve organ koruyucu cerrahi yapılmasıdır.

Anahtar kelimeler: Adneksiyal torsiyon, detorsiyon, laparoskopi, laparotomi

Abstract

The aim of this study was to compare laparoscopy to laparotomy in the management of patients with suspected adnexal torsion. Seventy two patients with initial diagnosis of adnexal torsion that presented to our clinic with acute abdomen or were referred from other centers between January 2007 and December 2009 were included in this retrospective analysis. Data regarding age, gravidity, parity, size of adnexal mass, pre-operative and post-operative hemoglobin values, operation time and duration of hospitalization of patients that had adnexal detorsion, cystectomy, oophorectomy, total abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy (TAH-BSO) performed via laparoscopy or laparotomy were recorded. Twenty eight patients were treated laparoscopically while 44 patients had laparotomy. In the laparoscopy group 6 cases had detorsion, 17 had detorsion and cystectomy and 5 cases had salpingo-oophorectomy. In the laparotomy group 3 had detorsion, 17 had detorsion and cystectomy, 7 had salpingo-oophorectomy and 17 patients had TAH-BSO. Laparoscopy group consisted of young patients with low parity, operation time was shorter in laparoscopy group and the patients were discharged more rapidly. Average adnexal mass size was bigger in laparotomy group. Adnexal torsion is one of gynecological emergency that require urgent operation the most appropriate surgical approach is laparoscopy especially in patients who want to preserve their fertility.

Key words: Adnexal torsion, detorsion, laparoscopy, laparotomy.

GİRİŞ

Adneksiyal torsiyon jinekolojik aciller içerisinde %2.7 oranında görülmektedir ve tüm yaş grubunda görülmekle birlikte üreme çağındaki kadınlarda daha siktir (1). Adneksiyal torsiyonun etyolojisi bilinmemektedir ancak çoğu vakada over tümörü mevcuttur. Normal hacimdeki bir overin torsiyonu çok nadirdir. Bening kistik teratom veya polikistik over gibi büyük ve ağır over kistleri torsiyona daha yatkındır (2). Teşhiste gecikme ve yanlış hastanın overini kaybetmesine neden olabilir (3). Özellikle genç hastalarda ovarian fonksiyonun

korunması gerektiğinden organ koruyucu cerrahi yapılması gerekmektedir (4). Adneksiyal torsiyondan şüphelenildiği zaman acil cerrahi girişim yapılmalıdır ve laparoskopi ilk seçenek olmalıdır (5).

Bu çalışmada acil servise akut karın nedeniyle başvuran, adneksiyal torsiyon ön tanısı ile kliniğimize sevk edilen ve laparoskopi veya laparotomi ile opere edilen hastaların değerlendirilmesi ve her iki operasyon yönteminin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde gerçekleştirilmiştir. Ocak 2007 ile Aralık 2009 yılları arasında, karın veya kasık ağrısı nedeniyle acil servise başvuran, akut karın bulguları olan hastalar ile diğer hastanelerden kliniğimize adneksiyal torsiyon ön tanısı ile sevk edilen ve değerlendirme neticesinde adneksiyal torsiyon ön tanısıyla operasyona alınan 72 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Laparoskopi veya laparotomi ile adneksiyal detorsiyon, kistektomi, ooforektomi, total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooforektomi (TAH-BSO) yapılan hastaların yaşları, gebelik ve doğum sayıları, adneksiyal kitle boyutu, pre-operatif ve post-operatif hemogloblin (Hb) değerleri, beyaz küre sayıları, kan transfüzyonu ihtiyacı, post-operatif komplikasyon gelişimi, operasyon ve hospitalizasyon süreleri her iki operasyon yönteminde karşılaştırıldı.

BULGULAR

Laparoskopi ve laparotomi uygulanan hastaların ortalama yaşları, ortalama gebelik sayıları ve pariteleri, ortalama vücut kitle indeksleri, ortalama adneksiyal kitle çapları, pre-operatif ve post-operatif hemogloblin (Hb) değerleri, beyaz küre sayıları, kan transfüzyonu ihtiyacı, post-operatif ateş gelişimi, ortalama operasyon ve hospitalizasyon süreleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Laparoskopi grubunun özellikle genç ve paritesi düşük olan hastalardan oluşmaktaydı. Laparotomi grubunda 13 hasta postmenopozal dönemdeydi. Laparoskopi grubunda 4 ve yine laparotomi grubunda 4 hasta aynı zamanda gebe idi.

Pre-operatif renkli doppler ultrasonografi incelemesi tüm hastalarımıza yapılmış olup 12(%17) hastada adneksiyal kan akımı izlenirken 60(%83) hastada adneksiyal kan akımı izlenmemiştir. Ortalama adneksiyal kitle çaplarının laparotomi

grubunda daha fazla olduğu gözlenmiştir. Pre-operatif ve post-operatif Hb değerleri, kan transfüzyonu ihtiyacı ve post-operatif ateş gelişimi her iki grupta benzerdi ve istatistiksel olarak fark yoktu. Beyaz küre sayısı ise laparotomi grubunda daha fazla idi ve istatistiksel olarak anlamlı idi. Operasyon süresi açısından laparotomi daha kısa idi. Laparotomi uygulanan hastalar daha kısa sürede taburcu edilmişlerdi. Operasyon şekline göre hastaların dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. Hiçbir olguda post-operatif komplikasyon gelişmemiş ve re-operasyona gereksinim olmamıştır.

TARTIŞMA

Ovarial torsiyon, overin veya adneksin kendi aksı ve vasküler pedikülü etrafında rotasyona uğramasıdır. Bunun sonucunda adnekte arteriel, venöz veya lenfatik blokaj oluşabilmektedir. Bu da organ parankiminde masif konjesyon, infarkt ve son olarak ta hemorajik nekroza neden olmaktadır (6,7). Gebelikte artmış adneksiyal torsiyon riskinden bahseden yayınlar mevcuttur, bizim hastalarımızdan da 4'ü laparoskopi ve 4'üde laparotomi grubunda olmak üzere toplam 8 tanesinde aynı zamanda gebelik mevcuttu.

Pre-operatif renkli doppler ultrasonografi incelemesinin teşhis açısından önemi tartışmalıdır. Lee ve arkadaşlarının adneksiyal torsiyonun teşhisine yönelik renkli doppler ultrasonografi ile yaptığı bir çalışmada pre-operatif teşhiste renkli doppler ultrasonografinin %87 oranında tanı koyabileceğini belirtmişlerdir (6). Bizim çalışmamızda da tüm hastaların pre-operatif doppler incelemesi yapılmış olup %83 hastada adneksiyal kan akımı izlenmemiştir. Bu bulgular klinik açıdan teşhisimizde önemli yer tutmuştur.

Adneksiyal torsiyonlara sıklıkla benign ovaryan kistler eşlik etmektedir, ancak ovaryan patoloji olmadan da adneksiyal torsiyon olabilmektedir. Torsiyonlara en sık eşlik eden patoloji matür kistik teratomalardır. Malign ovaryan

Tablo 1. Operasyon şekline göre hasta verileri.

	Laparoskopi (n:28)	Laparotomi (n:44)	p değeri
Yaş	23.4±5.5	37.9±17.1	<0.001 ^a
Gebelik sayısı	0.6±0.9	2.9±2.8	<0.001 ^a
Parite	0.5±0.8	2.5±2.6	<0.001 ^a
VKİ (kg/m ²)	23.3±2.0	25.8±2.9	<0.001 ^a
Kitle boyutu (cm)	7.1±2.1	12.0±7.1	0.001 ^a
Pre-operatif Hb değeri (g/dl)	11.4±1.3	11.7±1.6	0.33 ^a
Post-operatif Hb değeri (g/dl)	10.5±1.3	10.1±1.4	0.23 ^a
Beyaz küre sayısı (WBC)	8887±2377	11304±3596	0.002 ^a
Operasyon süresi (dakika)	35.7±8.2	73.0±33.5	<0.001 ^a
Hastanede kalış süresi (gün)	1.8±0.7	4.0±1.6	<0.001 ^a
Kan transfüzyonu gereksinimi	2(7.1%)	8(18.1%)	0.18 ^b
Post-operatif ateş	1(3.5%)	6(13.6%)	0.16 ^b

Veriler ortalama ± standart sapma veya sayı (yüzde) olarak verilmiştir. VKİ: Vücut Kitle İndeksi. a, Student's t-test. b, X² test.

Tablo 2. Operasyon şekline göre hastaların dağılımı.

Yapılan operasyon	Laparoskopi(n = 28)	Laparotomi(n = 44)	P değeri
Detorsiyon	6(%21.4)	3(%6.8)	0.002
Detorsiyon+kistektomi	17(%60.7)	17(%38.6)	0.09
Salpingo-oofektomi	5(%17.8)	7(%15.9)	0.82
TAH-BSO	0	17(%38.6)	<0.001

TAH-BSO: Total abdominal histerektomi + bilateral salpingo-oofektomi.

kistler ise yaklaşık %2 civarında görülmektedir (8). Bizim olgularımızda torsiyoona eşlik eden patoloji olarak en sık basit ovaryan kistler bulunmuştur. İki olgumuzda da malignite izlenmiştir.

Torsiyonların cerrahi tedavisinde laparotomiye kıyasla laparoskopik yaklaşımda daha az post-operatif ağrı olmakta, daha iyi hasta konforu sağlanmakta ve hastaların hospitalizasyon süresi daha kısa olmaktadır (9). Lo ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada toplam 179 hasta adneksiyal torsiyon nedeniyle opere edilmiş, bu hastaların 103'üne laparoskopi ve 76'sına da laparotomi yapılmıştır. Laparoskopi yapılan grupta daha az post-operatif komplikasyon ve daha kısa hastanede kalış süresi (2.9 ± 1.1 e karşı 6.0 ± 3.7 gün) görülmüştür, operasyon süresinde ise istatistiksel olarak fark görmemişlerdir (105.6 ± 42.7 e karşı 101.5 ± 39.4 dakika) (10). Yine Oelsner ve arkadaşlarının 102 olguda yaptığı bir çalışmada laparoskopi grubuna karşın laparotomi yapılan hastalarda daha uzun hastanede kalış süresi ve daha çok post-operatif ateş görülmüştür (11). Bizim çalışmamızda da bu çalışmalara benzer şekilde laparoskopi yapılan grupta daha az post-operatif komplikasyon ve daha kısa hastanede kalış süresi (1.8 ± 0.7 e karşı 4.0 ± 1.6 gün) saptanmıştır. Operasyon süresi ise laparoskopi grubunda daha kısa idi (35.7 ± 8.2 e karşı 73.0 ± 33.5 dakika).

Torsiyonların cerrahi tedavisinde özellikle üreme çağındaki genç hastalarda organ koruyucu cerrahi yaklaşımlar öncelikle denenmelidir. Venöz konjesyon nedeniyle adnekslerin makroskopik görünümü doğru karar vermeye engel olabilmektedir, bundan dolayı organ koruyucu cerrahilerde malignite ekarte edilmelidir. Özellikle perimenopozal ve post-menopozal olgularda mümkünse frozen inceleme yapılmalıdır. Genç ve çocuk istemi olan hastalarda laparoskopik yaklaşım ile organ koruyucu cerrahi yapılması uygun olan yaklaşım olarak görülmektedir. Biz de genç ve paritesi düşük olan hastalarda laparoskopik yaklaşımı tercih etmekteyiz.

Organ koruyucu cerrahi sonrası trombo-emboli riskinin artacağı konusunda literatürde yayınlar bulunmaktadır (12-14). McGovern ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 672 hastaya detorsiyon yapılmadan adnekspektomi yapılmış, 309 hastaya ise detorsiyon sonrası adnekspektomi yapılmıştır. Detorsiyon yapılmadan adnekspektomi yapılan grupta 2 hastada pulmoner trombo-emboli görülürken detorsiyon sonrası adnekspektomi yapılan hastalarda hiç pulmoner ve sistemik trombo-emboli görülmemiştir (15). Bizim çalışmamızda hiçbir

hastada trombo-embolik hadise gelişimi olmamıştır.

Sonuç olarak, adneksiyal torsiyon jinekolojik aciller içinde geç kalınmadan müdahale edilmesi gereken önemli bir klinik durumdur. Özellikle genç, fertilitte isteği olan hastalarda deneyimli laparoskopistlerin varlığında en uygun cerrahi yaklaşım laparoskopi ve organ koruyucu cerrahi yapılmasıdır.

KAYNAKLAR

- Houry D, Abbott JT. Ovarian torsion: a fifteen-year review. *Ann Emerg Med*. 2001;38:156-9.
- Comerci JT Jr, Licciardi F, Bergh PA, et al. Mature cystic teratoma: a clinicopathologic evaluation of 517 cases and review of the literature. *Obstet Gynecol* 1994;84:22-8.
- Cass DL. Ovarian torsion. *Semin Pediatr Surg* 2005;14:86-92.
- Cohen SB, Oelsner G, Seidman DS, Admon D, Mashiach S, Goldenberg M. Laparoscopic detorsion allows sparing of the twisted ischemic adnexa. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999;6:139-43.
- White M, Stella J. Ovarian torsion: 10-year perspective. *Emerg Med Australas*. 2005;17:231-7.
- Lee EJ, Kwon HC, Joo HJ, Suh JH, Fleischer AC. Diagnosis of ovarian torsion with color Doppler sonography: depiction of twisted vascular pedicle. *J Ultrasound Med* 1998;17:83-9.
- Graif M, Itzchak Y. Sonographic evaluation of ovarian torsion in childhood and adolescence. *AJR Am J Roentgenol* 1988;150:647-9.
- Bayer AI, Wiskind AK. Adnexal torsion: can the adnexa be saved? *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:1506-10; discussion 1510-1.
- Cohen SB, Wattiez A, Seidman DS, Goldenberg M, Admon D, Mashiach S, et al. Laparoscopy versus laparotomy for detorsion and sparing of twisted ischemic adnexa. *JSLs* 2003;7:295-9.
- Lo LM, Chang SD, Horng SG, Yang TY, Lee CL, Liang CC. Laparoscopy versus laparotomy for surgical intervention of ovarian torsion. *J Obstet Gynaecol Res* 2008;34:1020-5.
- Oelsner G, Cohen SB, Soriano D et al. Minimal surgery for the twisted ischemic adnexa can preserve ovarian function. *Hum Reprod* 2003;18:2599-602.
- Houry D, Abbott JT. Ovarian torsion: a fifteen-year review. *Ann Emerg Med* 2001;38:156-9.
- Argenta PA, Yeagley TJ, Ott G et al. Torsion of the uterine adnexa: Pathologic correlations and current management trends. *Obstet Gynecol Surv* 2001;56:84-5.
- Ogburn T, Wurzel J, Espey E, Espey D. Adnexal torsion. Experience at a single university center. *J Reprod Med* 2005;50:591-4.
- McGovern PG, Noah R, Koenigsberg R et al. Adnexal torsion and pulmonary embolism: case report and review of the literature. *Obstet Gynecol Surv* 1999;54:601-8.