

ÇOCUKLARDA NADİR BİR AKUT BATIN NEDENİ: OVER TORSİYONU*

Karsel Figen ERTEKİN,
Umur KUYUMCUOĞLU,
Ayşenur CERRAH CELAYİR,
Cuma YORGANCI

Background.- Torsion of ovary is approximately 3% of surgical emergencies in women. However it is rare in childhood. Prompt diagnosis and treatment may allow for preservation of adnexal structures and fertility. In cases of acute abdominal pain in girls a gynecological cause must always be considered. Torsion of a normal ovary is difficult to diagnose. This usually leads to a delayed treatment hesitating in hemorrhagic infarction and necrosis. Sonogram appears to be an excellent method to evaluate patients with suspected torsion of the ovary.

Observation.- A case of an 11-year-old girl with acute abdomen due to torsion of the left fallopian tube and ovary is presented. The diagnostic problems, differential diagnosis and treatment options are reviewed.

Ertekin KF, Kuyumcuoğlu U, Cerrah Celayir A, Yorgancı C. An infrequent cause of acute abdomen in childhood: Torsion of the ovary. Cerrahpaşa J Med 2000; 31: 239-242.

A dneksiyal torsiyon ilk olarak 1890 yılında Sutton tarafından kaydedilmiştir.^{1,2} Kızlarda karının ağrısı ve akut batının nadir nedenlerinden biri over torsiyonudur. Adneksiyal torsiyonun %15'inin infant ve çocuklarda olduğu ve çoğunlukla adneks-

lerde primer patoloji nadiren saptandığı bildirilmektedir.^{1,3} Preoperatif olarak kesin tanı konulması nadirdir. Genellikle tanı ve tedavideki gecikmeler nedeniyle operasyon sırasında overin korunabilmesi açısından geç kalınmıştır.^{2,4,5}

Adneksiyal torsiyon yenidoğan dönemi de dahil olmak üzere her yaş grubunda görülebilmektedir. Over veya fallop tüpünün torsiyonu akut alt abdominal ağrı ile görülebilir.^{6,7} Dolayısıyla, en sıklıkla akut apandisit ile karıştırılmaktadır. Akut apandisit nedeniyle opere edilen kızların %2'sinde adneks torsiyonu saptanmaktadır.⁸

Predispozan faktörler; kist ya da neoplazi nedeniyle overin büyümesi, adneksiyal mezozonun aşırı uzun olması nedeniyle mobilitesinin artması, adneksiyal venöz konjesyona yol açan durumlar ve tubal hastalıklardır.^{6,7,9,10}

Amacımız, akut batın tablosu ile başvurdurulan hastamızda da olduğu gibi, tanıdaki gecikmelerden kaynaklanan over kayıplarıyla sonuçlanan over torsiyonlarının tanı, ayırıcı tanı ve tedavi yöntemlerini irdelemektir.

OLGU

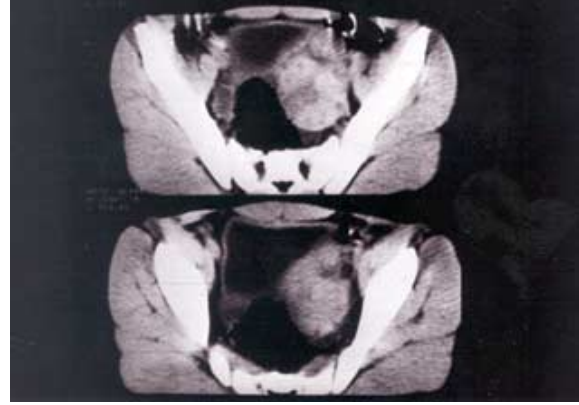
11 yaşında kız hasta, 3 günlük kolik tarzında karın ağrısı, safralı kusma ve dizüri yakınması ile başka bir hastaneden sevkle başvurdu. Aile öyküsünde babasının böbrek taşı nedeniyle ameliyat olması, hastanın idrar tahlilinde bol lökosit ve eritrosit saptanması nedeniyle üriner infeksiyon ve renal kolik ön tanısıyla tedavi başlandı.

Sekonder seks karakterleri gelişmiş, henüz menstruasyonu başlamamış olan hastanın batin muayenesinde, sol alt kadranda hassasiyet mevcuttu. Rektal tuşede ampulla boş olup Douglas sol yanda sert kıvamlı, lobule yapıda düzgün konturlu kitle alt kenarı palpe edilmesine rağmen bimanuel muayenede batından kitle palpe edilemedi. Kanda lökosit 14.000/mm³, idrarda bol lökosit ve eritrosit dışında diğer laboratuvar tetkikler normal bulundu.

* *Anahtar Kelimeler:* Over torsiyonu, adneksiyal torsiyon, çocukluk çağı; *Key words:* Torsion of ovary, adnexal torsion, childhood; *Alındığı Tarih:* 3 Mart 1999; Uzm. Dr. Karsel Figen Ertekin, Doç. Dr. Umur Kuyumcuoğlu; Zeynep Kamil Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği; Uzm. Dr. Ayşenur Cerrah Celayir: Zeynep Kamil Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği; Uzm. Dr. Cuma Yorgancı: Zeynep Kamil Hastanesi, Patoloji Kliniği; *Yazışma Adresi (Address):* Dr. AC Celayir, Şakacı Sok. No: 77, D-8, 81090, Kazasker, İstanbul. e-mail: scelayir@escortnet.com <http://www.ctf.istanbul.edu.tr/dergi/online/2000v31/s4/004o1.htm>



Şekil 1. US'de 6x7 cm boyutunda solid heterojen ekolu kitlede over torsiyonuna özgü subkapsüler foliküler genişlemeler görülemedi.



Şekil 2. BT'de solid karakterli düzgün konturlu kitle görülmektedir.

Ultrasonografi (US)'de sol over lokalizasyonuna uyan bölgede 6x7 cm boyutlarında solid, heterojen ekolu, düzgün konturlu kitle saptandı (Şekil 1). Tomografi (CT)'de aynı bölgede solid karakterli, düzgün konturlu kitle görüldü, sol over ayrıca izlenemedi (Şekil 2).

Hasta izleminde kolik ağrılarının artması üzerine hasta over torsiyonu öntanısı ile acil operasyona alındı. Phannensteal insizyonu ile batına girildi. Eksplorasyonda sol tubanın ekzeni etrafında iki kez döndüğü ve dönme yerinden itibaren gangren demarkasyon hattının olduğu, distal tuba ve overin 6 x 7 cm boyutunda şişmiş siyah gangrene bir durumda olduğu gözlemlendi. Sağlam doku demarkasyon sınırından klampe edilerek sol unilateral salpingo-ooforektomi yapıldı. Sağ over ve uterus normal görünümlü idi. Douglas bol serum fizyolojikle yıkandıktan sonra batın kapatıldı. Menstruasyon olana kadar sık US kontrolü planlanan hasta sorunsuz taburcu edildi.

Histopatolojik incelemede over ve tubada hemorajik infarksiyon, over korteksine yakın olarak bir kaç adet kistik genişleme tesbit edildi.

TARTIŞMA

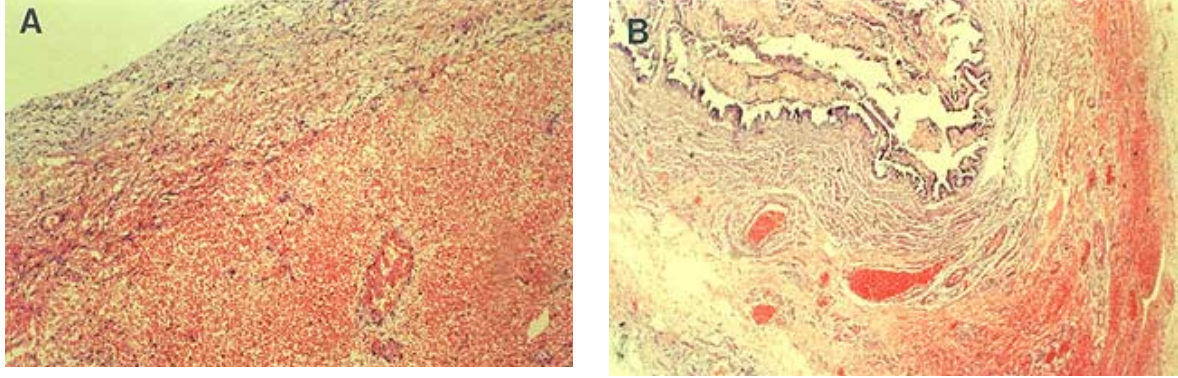
Over torsiyonunda olguların üçte ikisinde patoloji sağ overdedir. Bunun nedeni muhtemelen sol adneksin sigmoid kolona yakınlığı ve dolayısıyla dar bir alanda mobilize olamamasıdır.¹¹ Sol over torsiyonunda sağa göre tanı daha gecikmiştir, çünkü sağ over torsiyonlu olgularda sıklıkla akut apandisit öntanısıyla acil lapa-

ratomi kararı daha erken verilmektedir.^{2,4,6,9}

Over torsiyonu saptanan hastaların %100'ünde ağrı, %66'sında bulantı veya kusma, %16'sında abdominal dolgunluk, %9'unda menstrual disfonksiyon, %7'sinde diyare, %7'sinde dizüri, %5'inde konstipasyon, %2'sinde rektal dolgunluk ve %2'sinde senkop saptanmıştır.¹¹ Hastamızda göze çarpan semptomlar, zaman zaman şiddetlenen ağrı, dizüri, bulantı ve safralı kusma idi. Ayrıca ailede ürolityazis öyküsü olması, idrar tahlilinde piyüri-hematüri saptanması ve ağrının kolik tarzında olması nedeniyle öncelikle renal kolik düşünülmüş ve tanıda gecikilmiştir.

Çocuklardaki pelvik hastalıkların muayene bulgularının erişkinlerden farklı olduğunu bildirilmektedir.¹² Çocuklarda pelvik gelişim henüz tamamlanmadığı için pelvik organlar daha yukarıda yer almaktadır, dolayısıyla abdominal veya bimanuel palpasyonla kitle alınabilmektedir. Ayrıca çocuklarda vajinal tuşe yapılamaması bu olguların erken tanısı açısından bir dezavantaj olmaktadır. Olgumuzda rektal tuşede kitlenin sadece alt kenara ulaşabilmiş ancak bimanuel muayenede üst kenar palpe edilememiştir.

Ultrasonografide alt karın ağrılı bir kız hastada Douglas'ta kolleksiyon olsun veya olmasın over lojunda solid, kistik veya



Şekil 3. **A.** Histopatolojik incelemede bir çok alanda doku strüktürü eritrositler arasında hayal halinde görülmektedir. Hücre nüvelere ikaybolmuş olup, kapsül altı bölgede over stroması seçilebilmektedir. Yer yer küçük kistler ve içerisinde dökülmüş halde granüloza hücreleri görülmektedir (HE x 100). **B.** Tuba ileri derecede ödemli ve kanamalı olup, tubal epitel yer yer dökülmüştür (HE x 40).

kompleks bir kitle varlığında torsiyon ilk akla gelmelidir. Over torsiyonunun tek spesifik sonografik bulgusu, tek taraflı büyümüş overin kortikal kısmında 8-12mm boyutlarında multipl foliküler genişlemelerin görülmesidir. Bu bulgular %93.3 spesifiktir.¹³ Over kitlesi mikst karekterli ise teşhis daha az spesifiktir, bu durumda basit kist, hemorajik kist veya dermoid kistle birlikte torsiyon ihtimali ayırıcı tanıda düşünülmelidir.¹³ Olgumuzun ultrasonografisinde düzgün cidarlı heterojen ekolu kitle görülmesine rağmen kistik lezyonlar izlenmemiştir. Oysaki histopatolojik incelemede overde hemorajik infarktüs ve kortekse yakın bölgede folliküler kistik genişlemeler saptanmıştı. Ultrasonografik tanımız torsiyon için spesifik olmamıştır.

Tanı konulduğunda acil operasyon gerekir. Operasyon öncesi teşhis şüpheli ise paramedian kesi önerilmektedir. Bununla beraber Çocuk Cerrahisinde transvers kesiler iyi yara iyileşmesinin yanısıra mükemmel ekspozisyon sağlamaktadır ve dolayısıyla tercih edilmektedir.^{1,9} Son yıllarda laparoskopik olarak da tanı ve tedavi konusunda olgu sunumları sık olarak bildirilmektedir.^{5,8,14,15} Hastanede kalış süresinin kısa, kozmetik sonuçların mükemmel ve normal aktiviteye dönüşün hızlı olması nedeniyle laparoskopik yaklaşım sonuçlarının açık cerrahiye göre daha ba-

şarlı olduğu belirtilmektedir.^{8,15}

Eksplorasyonda over viabilitesi kaybolmuş ve gangren demarkasyon hattı oluşmuş ise pulmoner emboli riskini azaltmak için torsiyonu açmadan kitle çıkarılmalıdır.^{6,7,12} Bu olgularda üreterlerin yer değiştirmiş olabileceği unutulmamalıdır ve ovarian damarlar bağlanmadan önce mutlaka üreter görülmelidir.⁸ Viabilite varsa lateral olarak yerleştirilen bir sütürle veya herhangi bir mezosalpinks kalıntısının plikasyonu ile stabilize edilmesi önerilmektedir.^{2,6} Spontan adneksiyal ampütasyon saptanmış infertil kadınlarda, daha önceden geçirilmiş ve tanı konulamamış adneksiyal torsiyon olabileceği ve dolayısıyla over torsiyonu nedeniyle opere edilen hastalarda mutlaka karşı overe fiksasyon yapılmasını öneren yazılar da mevcuttur.¹⁶ Bu yaklaşım mezosalpenksi uzun olan olgularda faydalı olabilir. Olgumuzda karşı overe fiksasyon yapılmamıştır.

Sonuç olarak kız çocuklarında kolik tarzında veya tekrarlayan karın ağrıları olduğu zaman ayırıcı tanıda mutlaka over torsiyonu olasılığı düşünülerek acil olarak US ile değerlendirilmeli ve torsiyon lehine pozitif bir bulgu olduğunda acil eksplorasyon yapılmalıdır. Olguların pediatri, pediatrik cerrahi ve jinekologlar tarafından multidisipliner bir yaklaşımla değerlendirilmesiyle hasta, hem gereksiz lapa-

rotomi riskinden hem de geç laparotomi nedeniyle oluşabilecek komplikasyonlardan korunmuş olur.

ÖZET

Over torsiyonu kadınlarda cerrahi acillerin yaklaşık %3'nü oluşturmaktadır, ancak çocuklarda daha nadirdir. Over torsiyonunda acil teşhis ve tedavinin adneksiyal yapıların ve fertilitenin korunması açısından önemini vurgulamak amacıyla olgumuzu sunmaya değer bulduk.

11 yaşında kız hasta 3 günlük kolik tarzında karın ağrısı, safralı kusma ve dizüri yakınması ile başka bir hastaneden sevkle başvurdurdu. Aile öyküsünde babasının böbrek taşı nedeniyle ameliyat olması, hastanın idrar tahlilinde bol lökosit ve eritrosit saptanması nedeniyle üriner sistem taşına bağlı renal kolik ön tanısıyla tedavi başlandı. Ultrasonografi ve tomografide sol over lokalizasyonuna uyan bölgede 6x7 cm boyutlarında solid, heterojen ekolu, düzgün konturlu kitle saptandı. Yapılan acil eksplorasyonda sol over torsiyonu saptanarak salpingo-ooferektomi uygulandı. Olgumuzda, başlangıçta jinekoloji ve çocuk cerrahisinin multidisipliner yaklaşımla hastayı değerlendirilmesi, hastanemize 3 gün geciktirilmiş olarak başvurdurulması, sistemik muayene sonrası tanının geç konulması ve dolayısıyla laparotomi kararının geç verilmesi nedeniyle over kaybedilmiştir.

Sonuç olarak, kız çocuklarında kolik tarzında veya tekrarlayan karın ağrıları olduğu zaman ayırıcı tanıda mutlaka over torsiyonu olasılığı öncelikle düşünülerek acil olarak ultrasonografik değerlendirme yapılmalı ve torsiyon lehine pozitif bir bulgu olduğunda acil eksplere edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Kazez A, Özokutan H, Küçükaydın M, Okur H, Turan C, Köse Ö. Çocuklarda over torsiyonları. *Ped Cer Derg* 1996; 10: 95-97.

2. Weir CD, Brown S. Torsion of the normal Fallopian tube in a premenarchal girl: A case report. *J Pediatr Surg* 1990; 25: 685-686.

3. Adelman S, Benson CD, Hertzler JH. Surgical lesions of the ovary in infancy and childhood. *Surg Gynecol Obstet* 1975; 141: 219-222.

4. Spigland N, Ducharme JC, Yazbeck S. Adnexal torsion in children. *J Pediatr Surg* 1989; 24: 974-976.

5. Van der Zee DC, Van Seumeren IGC, Bax KMA, Rövekamp MH, Pullter Gunne AJ. Laparoscopic approach to surgical management of ovarian cysts in the newborn. *J P Surg* 1995; 30: 42-43.

6. Mordechai J, Mares AJ, Barki J, Finaly R, Meizner I. Torsion of uterine adnexa in neonates and children: a report of 20 cases. *J Pediatr Surg* 1991; 26: 1195-1199.

7. Kurzbart E, Mares AJ, Cohen Z, Mordechai J, Finaly R. Isolated torsion of the fallopian tube in premenarchal girls. *J Pediatr Surg* 1994; 29: 1384-1385.

8. Mage G, Canis M, Manhes E, Pouly JL, Bruhat MA. Laparoscopic management of adnexal torsion. A review of 35 cases. *J Reprod Med* 1989; 34: 520-523.

9. David A, Lloyd and Paul D Losty. Abdominal pain. In AS Garden (ed) *Pediatric and adolescent gynaecology*. Arnold, 1998; pp 217-241.

10. Ward WJA, Frazier TG. Torsion of normal uterine adnexa in childhood: Case report. *Pediatrics* 1978; 61: 573-574.

11. Duntan C. Torsion of the ovary. In Bengubi GI (ed.) *Obstetrics and Gynecologic Emergencies*. J B. Lippincott Company, Philadelphia, 1994; pp 275-281.

12. Willms AB, Schlund JF, Meyer WR. Endovaginal Doppler ultrasound in ovarian torsion: a case series. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995; 5: 129-132.

13. Graif M, Itzhak Y. Sonographic evaluation of ovarian torsion in childhood and adolescence. *AJR* 1988; 150: 647-649.

14. Cohen Z, Shinhar D, Kopernik G, Mares AJ. The laparoscopic approach to uterine adnexal torsion in childhood. *J Pediatr Surg* 1996; 31: 1557-1559.

15. Shalev E, Mann S, Romano S, Rahav D. Laparoscopic detorsion of adnexa in childhood: a case report. *J Pediatr Surg* 1991; 26: 1193-1194.

16. Shun A. Unilateral childhood ovarian loss: an indication for contralateral oophoropexy? *Aust N Z J Surg* 1990; 60: 791-794.