Isolated Tubal Torsion: Case Report and Review of the Literature

İzole Tubal Torsiyon: Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

İzole Tubal Torsiyon / Isolated Tubal Torsion

Ebru Çelik Kavak[1], Yakup Baykuş[2], Numan Çim[3], Salih Burçin Kavak[1], Raşit İlhan[1]
[1]Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ,
[2]Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kars,
[3]Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Van, Türkiye

Özet

İzole tubal torsiyon jinekolojik akut pelvik ağrıya neden olan nadir bir durumdur. Patognomonik semptomu, klinik bulgusu, görüntüleme ve laboratuvar bulgusu bulunmadığından preoperatif tanısı zordur. Genellikle reprodüktif dönemdeki kadınlarda görülmekle birlikte, tanısı genellikle akut batın sebebini ortaya koymak için yapılan laparotomi işlemi ile konulmaktadır. Tanı ve tedavide geç kalınması durumunda fertilite problemlerine yol açabilmesi nedeniyle özellikle nullipar kadınlarda veya fertilitesini henüz tamamlamamış kadınlarda bu durumdan şüphelenilmeli ve akut batın nedenleri ayırıcı tanısında her zaman akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler

İzole Tubal Torsiyon; Akut Batın; Ultrasonografi

Abstract

Isolated tubal torsion is a rare clinical entity causing acute pelvic pain. Preoperative diagnosis is difficult since it doesn't have any pathognomonic symptom, clinical sign, imaging or laboratory sign. It is mostly seen in women of reproductive age and mostly diagnosed during surgery done to find the etiology of acute abdomen. Since delay in diagnosis and treated can cause problems in fertility, it must be remembered in mind in differential diagnosis of acute abdomen especially in nulliparous women and in those who didn't complete their fertility.

Keywords

Isolated Tubal Torsion; Acute Abdomen; Ultrasonography

DOI: 10.4328/JCAM.3772 Received: 15.07.2015 Accepted: 27.07.2015 Printed: 01.08.2015 J Clin Anal Med 2015;6(suppl 4): 560-2
Corresponding Author: Salih Burcin Kavak, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ, Türkiye.
T.: +90 4242333555/2124 F.: +90 4242379138 E-Mail: burcinkavak@gmail.com, burcinkavak@yahoo.com

Giriş

Oldukça nadir görülen ve akut batına neden olabilen bir jinekolojik acil olan izole tubal torsiyon ilk defa 1890 yılında Bland Sutten tarafından tarif edilmiş olup, prevalansı yaklaşık 1/1.500.000 olarak bildirilmektedir [1,2]. Olguların çoğunluğunu reprodüktif dönemdeki kadınlar oluşturmakta olup kesin tanısı şüpheli adneksial torsiyon nedeniyle veya akut batın sebebini ortaya koymak için yapılan cerrahi eksplorasyon sırasında konulabilmektedir [3]. Özellikle akut abdominal ağrı ile başvuran genç hastalarda bu ender durumun göz önünde bulundurulması tubanın korunması açısından önem arz etmektedir.

Kliniğimizde akut batın nedeniyle yapılan operasyonda izole tubal torsiyon saptanan, ancak nedeninin paratubal kist olduğunu düşündüğümüz 25 yaşındaki nullipar olgu literatür eşliğinde tartışıldı.

Olgu Sunumu

Ani başlayan karın ağrısı nedeniyle dış merkezde yatırılarak iki gün boyunca takip edilen önceden bir abortusu olan, 25 yaşındaki nullipar olgu, ağrılarının şiddetlenmesi üzerine sağ overyan kistik lezyon? akut batın? ön tanısıyla kliniğimize refere edildi. Anamnezinden son 3 saattir şiddetli bulantı kusma şikâyetlerinin başladığı ve ağrısının özellikle sağ alt kadranda ve kramp tarzında olduğu ve vulvaya yayıldığı öğrenildi. Genel durumu iyi, şuuru açık olan olguda geçirilmiş pelvik operasyon, pelvik inflamatuar hastalık hikâyesi ve adet rötarı yoktu. Abdominal muayenede sağ alt kadranda belirgin olmak üzere alt batında yaygın hassasiyet rebaund ve defans mevcuttu. Arterial kan basıncı 100/60 mm/Hg, nabız 95/dk ve ateş 36°C idi. Spekulum muayenesinde serviks nullipar görünümde olup kanama ve akıntı yoktu. Vajinal muayenede ise uterus normal konum cesamette olup sağ adneksiyal alanda hassas kitle saptandı. Aynı zamanda servikal hareketlerde ve bilateral adnekslerde hassasiyet mevcuttu. Tam kan sayımında WBC: 14,800, Hb:13,5, Htc: 37,8%, Plt: 313000 olup biyokimyasal parametreler, tam idrar tetkiki ve koagülasyon parametreleri normaldi.

Yapılan transvajinal USG'de sağ adneksiyal alanda, sağ overe doğru uzanım gösteren papiller projeksiyonlar içeren ve içerisinde lineer uzanımlar bulunan, duvar kalınlığı 3,44mm olan 72x30 mm'lik anekoik kistik kitle izlendi (Resim 1). Bilateral overler net olarak izlendi. Batın alt kadranda minimal sıvı kaydedildi. Doppler USG'de kistik kitle etrafından akım alınırken, içerisinden akım alınmadı ve ek bulguya da rastlanmadı. Akut batın nedenini araştırmak için yapılan batın USG sonucu 'sağ over komşuluğunda 36x78 mm'lik cidarında multiple polipoid solid görünümlerin izlendiği overe doğru tübüler uzanım gösteren anekoik kistik lezyon izlendi (Resim 2); sağ over kisti? fallopian tüp patolojisi? olarak rapor edildi.

Mevcut bulgular ile akut batın, adneksiyal torsiyon? olarak değerlendirilen olgu laparoskopik eksplorasyona alındı. Eksplorasyonda uterusun, bilateral overlerin, sol tubanın normal göründüğü ve sağ tubanın ise ampuller bölgesinin 1cm distalinden başlayarak kendi etrafında 4 kez torsiyone olduğu ve 8-9 cm'lik gangrenöz kitle görünümünde olduğu izlendi. Olgu izole tubal torsiyon olarak değerlendirildi. Sağ paratubal bölgede kitleye eşlik eden 2 cm'lik basit kist ayrıca izlendi. Torsiyon giderildikten sonra yaklaşık 20 dk. beklenmesine rağmen renk değişikliği olmaması üzerine olguya parsiyel salpenjektomi uygulandı. Nihai patoloji inceleme sonucu da tubal torsiyon ile uyumlu olarak hemorajik nekroz, şiddetli akut iltihabi reaksiyon ve paratubal kist olarak rapor edildi. Postoperatif dönemde komplikasyon olmayan olgu ameliyattan sonra 2. günde taburcu edildi.



Resim 1. İçerisinde papiller projeksiyonlar gösteren kistik kitle.



Resim 2. Kistin bir diğer görünümü.

Tartışma

Akut abdominal ağrının nadir sebeplerinden birisi olan izole tubal torsiyon, fertiliteyi etkilemesi nedeniyle jinekoloji pratiğinde akılda tutulması gereken bir tablodur [4]. Vakaların çoğunu olgumuzda da olduğu gibi reprodüktif periovulatuar dönemdeki kadınlar oluştururken premenarşial ve postmenopozal dönemlerde ise nadir görülmektedir [5,6]. İzole tubal torsiyon gebelikte de görülebilir [7].

Genellikle altta yatan bir predispozan nedene bağlı olarak oluşan izole tubal torsiyonun kesin nedeni bilinmemekle birlikte, daha çok sağda ve hatta normal tubada da görülebilmektedir [8]. Premenarşial dönemde görülen izole tubal torsiyonlarda ise predispozan nedenler oldukça nadirdir. Predispozan faktörler hidrosalpinks, geçirilmiş tubal cerrahi, pelvik konjesyon, overyan

veya paraoveryan kitleler, travma ve fallop tüpünün uzun olması olarak sayılabilir [9]. Olgumuzda torsiyonun başka bir nedene bağlanamamasından dolayı nihai histopatolojide tespit edilmiş olan paratubal kistik kitlenin predispozan faktör olmuş olabileceğini düşünmekteyiz.

İzole tubal torsiyon, spesifik bir klinik bulgusu olmamakla birlikte en sık alt abdomen ağrısıyla prezente olmaktadır. Bu ağrı şikayeti künt, sürekli veya paroksismal keskin tarzda olabilir ve bacağa ya da kalçaya yayılabilir [8]. Mevcut semptomlara bulantı, kusma ve periton irritasyon bulguları ve adneksial kitle bulguları eklenebilmektedir [10]. Literatür bilgileriyle uyumlu olarak vulvaya yayılan alt batın ağrısı şikâyeti ile başvuran olgumuzda, şiddetli bulantı kusmaların eşlik ettiği semptomlar mevcuttu. Ayrıca periton irritasyon bulgularıyla uyumlu olarak alt batında yaygın hassasiyet, rebaund ve defans bulguları da eşlik etmekteydi.

İzole tubal torsiyonu düşündürecek preoperatif sonografik bulgular; normal görünümde ve normal doppler akımlı uterus ve overler, kalınlaşmış ekojenitesi artmış dilate görünümlü tubal duvarlar ve etrafında sıvı imajı olarak sayılabilir. Doppler çalışmalarında ise vasküler akımın olmadığı, ters döndüğü ya da impedans gösterdiği rapor edilmiştir [11,12]. Olgumuzda USG'de literatür bilgileriyle uyumlu olarak bilateral overlerin net izlendiği, normal görünümde uterusun ve batın alt kadranda minimal sıvının görüldüğü ve kalın duvarlı (3,44mm), papiller projeksiyonlar içeren, içerisinde lineer uzanımlar bulunan kistik kitle tespit edildi. Doppler USG'de de kistik kitle etrafından akım alınırken içerisinden akım alınmadı ve ek bulguya rastlanmadı.

Ayırıcı tanıda literatürde belirtildiği gibi over torsiyonu, over kist rüptürü, apandisit, ektopik gebelik rüptürü, pelvik inflamatuar hastalık (PID), intestinal cerrahi patolojiler, ürolitiazis, akut sistit düşünüldü [13]. Ancak idrar tetkiki normal olduğundan üriner kaynaklı akut batın sebepleri ve β hCG negatif olduğundan ektopik gebelik ayırıcı tanılar arasından ekarte edildi. USG'de overler net vizualize edildiğinden ve Doppler USG bulguları desteklemediğinden over kist rüptürü bu ayırıcı tanılar arasında düşünülmedi. Anamnez, klinik, fizik muayene, laboratuvar bulguları ve yapılan batın USG'de apandisit, intestinal cerrahi patolojiler ve PID lehine bulguların yetersiz olmasından dolayı da bu tanılardan uzaklaşıldı.

Tıpkı over toresiyonunda olduğu gibi bu olguların da patognomonik bir görüntüleme yöntemi, spesifik semptomları ve karakteristik laboratuvar bulgusu olmadığından preoperatif tanısı zordur [14]. Tanı için çoğu zaman klinik yaklaşımdan ziyade, genellikle cerrahi müdahale gerekmektedir.

Preoperatif mevcut bulgularla akut batın olarak değerlendirdiğimiz olguda preoperatif ön tanımız adneksiyal torsiyon olmuştur. Bu nedenle acil laparoskopik eksplorasyon planlanmış ve intraoperatif izole tubal torsiyon kesin tanısı konulmuştur. Preoperatif adneksiyal ve tubal torsiyon ayırıcı tanısı çok güç olmakla beraber, her iki durumda erken tanı konularak hızlı cerrahi girişim ile tedavi edilmesi gereken durumlardır. İzole tubal torsiyonda tuba ve overlerin vaskülarizasyonunun hem ovaryan hem de uterin arterlerden uzak olması nedeniyle overlerin kanlanmasının bozulma olasılığı azdır [7]. Olgumuzda da literatür bilgileriyle uyumlu olarak overlerin etkilenmediği görülmüştür. Anamnezi değerlendirildiğinde tanıda geç kalındığını düşündüğümüz olguya, laparoskopik detorsiyon uygulanmasına rağmen gangrenöz değişikliklerin gerilememesi nedeniyle parsiyel salpenjektomi uygulanmıştır. Torsiyone dokuda gangrenöz değişiklikler başlamadan önce torsiyon düzeltildiğinde tubalar korunabileceğinden, bu olgularda erken tanı önemlidir. Mazouni ve arkadaşlarının çalışmasında, ağrının başlaması ile cerrahi arasında 10 saatten fazla süre geçmiş olmasının tubal nekroz riskini arttırdığı vurgulanmıştır. [15]. Dolayısıyla fertiliteyi koruma açısından erken tanı ve cerrahi girişim ile olası salpenjektomiden kaçınılarak fallop tüpünün korunması mümkün olabilir. Geç kalınmış olgularda ise, gangrenoz dokular nedeniyle, genellikle salpenjektomi tercih edilmektedir. Bu durum özellikle de reprodüktif çağdaki genç nullipar kadınlarda veya fertilitesini henüz tamamlamamış kadınlarda fertilite açısından çok önemlidir.

İzole tubal torsiyon nadir görülmekle beraber akut batın nedenleri arasında ayırıcı tanılar arasında mutlaka akılda tutulmalı ve özellikle reprodüktif çağdaki kadınlarda bu jinekolojik acil durumdan şüphelenilmelidir. Çünkü olası tanısal gecikme ve erken cerrahi müdahale yapılmaması tubanın korunmasını zorlaştırarak bu olgularda gelecekte fertilite problemlerine sebep olabilir.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir

Kaynaklar

1. Sutton JB. Salpingitis and some of its effects. Lancet 1890;2:1146-8.
2. 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(3):235-8.
3. Ho PL, Liang SJ, Su HW, Chang CY, Hsu CS, Ling TH. Isolated torsion of the fallopian tube: a rare diagnosis in an adolescent without sexual experience. Taiwan J Obstet Gynecol 2008;47(2):235-7.
4. Varras M, Tsikini A, Polyzos D, Samara Ch, Hadjopoulos G, Akrivis Ch. Uterine adnexal torsion: pathologic and gray-scale ultrasonographic findings. Clin Exp Obstet Gynecol 2004;31(1):34-8.
5. 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(4):1198:23-5.
6. Lima M, Libri M, Aquino A, Gobbi D. Bilateral hydrosalpinx with asynchronous tubal torsion: an exceptional finding in a premenarcheal girl. J Pediatr Surg 2011;46(4):27-9.
7. Phupong V, Intharasakda P. Twisted fallopian tube in pregnancy: a case report. BMC Pregnancy Chilbirth 2001; 1(1):5
8. Lo LM, Chang SD, Lee CL, Liang CC. Clinical manifestations in women with isolated fallopian tubal torsion; a rare but important entity. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2011 ;51(3):244-7.
9. Huchon C, Fauconnier A. Adnexal torsion: a literature review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010;150(1):8-12.
10. Bharathi A, Gowri M. Torsion of the fallopian tube and the haematosalpinx in perimenopausal women- a case report. J Clin Diagn Res 2013;7(4):731-3.
11. Vijayaraghavan SB, Senthil S. Isolated torsion of the fallopian tube: the sonographic whirlpool sign. J Ultrasound Med 2009;28(5):657-62.
12. Aydin R, Bildircin D, Polat AV. Isolated torsion of the fallopian tube with hydrosalpinx mimicking a multiloculated ovarian cyst: whirlpool sign on preoperative sonography and MRI. J Clin Ultrasound 2014;42(1):45-8.
13. Gross M, Blumstein SL, Chow LC. Isolated fallopian tube torsion: A rare twist on a common theme. Am J Radiology 2005;185(6):1590-2.
14. Chang HC, Bhatt S, Dogra VS. Pearls and pitfalls in diagnosis of ovarian torsion. Radiographics 2008;28(5):1355-68.
15. Mazouni C, Bretelle F, Ménard JP, Blanc B, Gamerre M. Diagnosis of adnexal torsion and predictive factors of adnexal necrosis. Gynecol Obstet Fertil 2005;33(3):102-6.

How to cite this article:
Kavak E.Ç, Baykuş Y, Çim N, Kavak S.B, İlhan R. Isolated Tubal Torsion: Case Report and Review of the Literature. J Clin Anal Med 2015;6(suppl 4): 560-2.