

GEBELİĞİN İLK TRİMESTERİNDA AKUT KARIN İLE BAŞVURAN ADNEKS TORSİYONU

Beyzanur KAHYAĞÖĞÜ¹

|GİRİŞ

Kadın doğum acil servisine karın ağrısı nedeniyle başvuran hastaların ayırıcı tanısında over torsiyonu mutlaka düşünülmelidir. Erken tanı koymak ve hızlı müdahale etmek, organ kaybını önlemek ve fertilitiyi korumak açısından oldukça önemlidir (1).

Over torsiyonu, overin ligamentlerinin kendi etrafında dönmesi sonucu ortaya çıkan ve yaygın karın ağrısına yol açan jinekolojik acillerden biridir. Nadiren tuba da torsiyona katılır ve bu durumda “adneksiyel torsiyon” olarak adlandırılır. Over torsiyonu sonucunda arteriyel, venöz ve lenfatik dolaşım bozulur, overde ödem gelişir. Arteriyel akımın azalması iskemiye, iskemi ise nekroza yol açar. Nekroza giden over dokusu detorsiyone edilse bile fonksiyon kaybına uğrar. Over torsiyonu ile başvuran olguların %50–80’inde eşlik eden bir adneksiyel kist bulunmaktadır (2,3).

Over torsiyonu; üreme çağındaki kadınlarda, 5 cm ve üzerindeki ovarian kitlelerde, gebeliklerde, ovulasyon indüksiyonu yapılan olgularda ve torsiyon öyküsü olanlarda daha sık görülür (4). Gebelikte adneksiyel torsiyon oldukça nadirdir; insidansı yaklaşık %0.1-0.5 arasında bildirilmektedir (5). Gebelik boyunca görülen adneks torsiyonlarının ilk trimesterinde daha sık olduğu, bunun da

¹ Dr., Dr. Lütfi Kırdar Kartal Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, bkahyaoglu89@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-4083-7636



çük olması tanıyı kolaylaştırmaktadır. %40'ı ise ikinci-üçüncü trimesterde veya doğum sırasında ortaya çıkar (9,10).

Torsiyonun tüpü de içine alması durumunda literatürde “adneksiyel torsiyon” olarak tanımlanmaktadır (11,12). Gebelerde yapılan bazı çalışmalarda adneksiyel torsiyon sıklığı %9.8 olarak bildirilirken (13), Lomano ve Hibbard sıklığı %23 olarak rapor etmiştir (14,15).

Torsiyonlu olgularda ağrı genellikle ani başlangıçlı olup giderek şiddetlenir; bulantı ve kusma eşlik edebilir. Fizik muayenede hassasiyet, defans ve rebound bulguları izlenir. Erken tanı, nekroz ve organ kaybının önlenmesi açısından önemlidir. Literatürde üçüz gebelikte adneksiyel torsiyon nedeniyle ooferektomi yapılan bir olguda, torsiyone kistin korpus luteum olması sebebiyle progesteron desteği verilerek gebeliğin termde sonlandığı bildirilmiştir (16). Bizim olgumuzda da benzer şekilde 13. haftada torsiyone adneksin korpus luteum olabileceği düşünülerek progesteron desteği başlanmıştır.

Gebelik boyunca görülen kistler malignite açısından değerlendirildikten sonra olası komplikasyonlara karşı yakın takip edilmelidir (17).

Sonuç olarak, adneksiyel torsiyon gebelikte nadir görülmekle birlikte, akut karın tablosuyla başvuran olgularda ayırıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Erken tanı ve müdahale, organ kaybını önlemek ve fertilitiyi korumak için kritik öneme sahiptir. Ancak bizim olgumuzda olduğu gibi geç başvuru ve tanı alan hastalarda organ kaybı gelişebilir ve bu durum üreme çağındaki kadınlarda fertilitiyi olumsuz etkileyebilir.

KAYNAKLAR

1. Bayer AI, Wiskind AK. Adnexal torsion: can the adnexa be saved? *Am J Obstet Gynecol.* 1994;171(6):1506–11.
2. Nichols DH, Julian PJ. Torsion of the adnexa. *Clin Obstet Gynecol.* 1985;28(2):375–80.
3. Warner MA, Fleischer AC, Edell SL, et al. Uterine adnexal torsion: sonographic findings. *Radiology.* 1985;154(3):773–5.
4. Huchon C, Fauconnier A. Adnexal torsion: a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010;150(1):8–12.
5. Hasson J, Tsafir Z, Azem F. Comparison of adnexal torsion between pregnant and nonpregnant women. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202(6):536–9.
6. Kumari I, Kaur S, Mohan H, Huria A. Adnexal masses in pregnancy: a 5-year review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2006;46(1):52–4.
7. Mancuso A, Broccio G, Angio L. Adnexal torsion in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997;76(1):83–4.
8. Glanc P, Salem S, Farine D. Adnexal masses in the pregnant patient: a diagnostic and mana-



- gement challenge. *Ultrasound Q*. 2008;24(4):225–40.
9. Maralı İ, Büyüktosun C, Yamazhan M. Gebelik ve ovaryal tümörler. İçinde: *SSK 15. Tıp Kongresi Bildirileri*; 1989–1993; İstanbul, Türkiye. s. 1–5.
 10. Whitecar MP, Turner S, Higby MK. Adnexal masses in pregnancy: a review of 130 cases undergoing surgical management. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;181(1):19–24.
 11. Bechamps GJ. Torsion of normal uterine adnexa. *J Pediatr Surg*. 1973;8(4):553.
 12. Dresler S. Antenatal torsion of a normal ovary and fallopian tube. *Am J Dis Child*. 1977;131(2):236.
 13. Maralı İ, Sözen U, Balık E, Miral H. Torsiyone over tümörleri. *Anatolian J Gynecol Obstet*. 1994;1:36–40.
 14. Isager-Sally L, Weber T. Torsion of the fallopian tube during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1985;64(4):349–51.
 15. Portuando JA, Gimenez B, Rivera JM, et al. Clinical and pathologic evaluation of 342 benign ovarian tumors. *Int J Gynecol Obstet*. 1984;22(4):263–7.
 16. Lu YJ, Huang FJ, Chang SY. Multiple pregnancy with adnexal torsion after in vitro fertilization: case report. *Chang Keng I Hsueh Tsa Chih*. 1999;22(3):481–5.
 17. Atasü T, Şahmay S. Gebelik ve adneksial kitle. İçinde: *Jinekoloji*. İstanbul: Üniversal Dil Hizmetleri ve Yayıncılık A.Ş.; 1996. s. 329–30.