Tıp Araştırmaları Dergisi: 2012: 10 (1): 27-31

TAD

OLGU SUNUMU

Gebelikte bir akut batın nedeni: subseroz myom torsiyonu

Serkan Bodur[1], İsmet Gün[2], Hakan Nazik[1], Arif Saylan[1]

[1]*Mareşal Çakmak Asker Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, Erzurum*
[2]*GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul*

Özet

Gebelikler 500 ila 635 olguda 1 akut batın ile komplike olabilmektedirler. Gebelik esnasında karşılaşılan akut batın nedenleri obstetrik ve obstetrik dışı nedenler şeklinde iki grup halinde değerlendirilebilir. Obstetrik akut batın nedenleri ektopik gebelik, ovarian kitleler, düşükler, erken doğum, ablasyo plasenta, uterin rüptür, adneksiyal torsiyon ve myom dejenerasyonu olarak sıralanabilir. Gebeliklerin ancak %2,6'sı myomlar tarafından komplike edilmektedir. Myomlar gebelikte kitle etkisi ile uterusu torsiyona uğratarak ya da pediküllü myomlar tek başına torsiyone olarak akut batın tablosuna yol açabilirler. Gebelikte nadir akut batın nedenlerinden biri olan torsiyone pediküllü subseröz myom olgusu, bu çalışma ile mevcut literatür ışığında tartışılmak istenmiştir.

Anahtar kelimeler: Akut batın, gebelik, torsiyon, uterin myom.

Bu çalışma 3-7 Mart 2010 Erzurum Palandöken Gynekoloji ve Obstetri Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi:

Dr. İsmet GÜN
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, 34668, Üsküdar, İSTANBUL
E-mail: drismetgun@gmail.com
Telefon: 0 535 291 46 03

An acute abdomen etıology in pregnancy: torsıon of a subserosal fıbroıd

Abstract

1 in 500-635 of pregnancies can be complicated by acute abdomen. The etiology of acute abdomen in pregnancy can be classified in two groups as obstetric and nonobsteric reasons. Ectopic grosses, ovarian masses, abortion, preterm birth, plasental abruption, uterine rupture, adnekxial torsion and fibroid degeneration are some obstetric reasons of acute abdomen. Only 2.6% of all pregnancies are affected by uterine fibroids. Fibroids may cause acute abdomen in pregnancy by inducing uterine torsion with the mass effect, by torsion of pedunculated fibroids and by degeneration of fibroids under oestrogenic stimulation. In this report, it is aimed to discuss an unusual case of acute abdomen in pregancy due to torsion of a pedunculous subserosal fibroid under the light of current literature.

Key words: Acute Abdomen, Pregnancy, Utreine Fibroid, Torsion.

Gebeliklerin yaklaşık 500 ila 635'de biri akut batın tablosu ile komplike olmaktadır (1). Akut batın tablosu oluştuğunda gebeliğe has fizyolojik ve anatomik değişiklikler nedeni ile tanı ve tedavi sürecinde güçlükler yaşanır. Akut batın tablosuna ait fizik muayene bulguları gebelerde, gebe olmayanlara göre daha silik olarak izlenebilmekte, laboratuar incelemelerinin sonucu ile gebelikte oluşanfizyolojik değişiklikler karışabilmekte ve

tablonun değerlendirilmesi güçleşmektedir. Akut batın tablosu obstetrik nedenlerden kaynaklanabileceği gibi jinekolojik kaynaklı da olabilir. Gebelikte adneksiyal kitle insidansı ile ilgili çok çeşitli rakamlar rapor edilmiş olsa da genel bir ifade ile insidans 1/600 olarak kabul edilebilir (2). Gebelik esnasında saptanan adneksiyal patolojilerin yaklaşık %95'i 16. gebelik haftasından sonra kaybolurlar (3). Geç reprodüktif çağdaki bayanların %25'inde izlenen leiomyomlar gebelik döneminde genellikle sessiz seyretmektedir (4). Bununla birlikte gebelikte oluşan komplikasyonların %2,6'sından sorumlu oldukları raporlanmıştır (5). Myomlar gebelikte kitle etkisi ile uterusu torsiyona uğratarak, pediküllü myomlar torsiyone olarak veya östrojen etkisi altında büyüyüp dejenere olarak akut batın tablosuna yol açabilirler. Gebelikte nadir akut batın nedenlerinden biri olan subseroz pediküllü myom olgusu mevcut literatür ışığında tartışılmıştır.

Olgu

Yirmi üç yaşında G1P0 olan hasta, gebeliğin 16. haftasında bir gece önce başlayan bulantı, kusma ve artarak devam eden batın ve sol kasık ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Özgeçmişinde bir özellik yoktu ve mevcut obstetrik takibinde olağan dışı bir bulgu tarif etmiyordu. Genel muayenesinde TA: 110/80 mmHg, Nabız: 96 /dk ve ateş: 38,3 C° idi. Fizik muayenede batında rebound ve sol alt kadranda lokalize defans mevcuttu. Vajinal muayenede sol adneksiyal alanda kitle ve belirgin hassasiyet tespit edildi. Tam kan sayımında beyaz küre 14500, nötrofil %87, hemoglobin 11,5 g/dl ve hematokrit %35,6 olarak bulundu. Yapılan ultrasonografide son adet tarihi ile fetal biyometrik ölçümleri uyumlu canlı bir gebelik hali tespit edildi. Sol alt kadranda, sol orta klavikular hat üzerinde uterus lateralinde 38x35mm ebatlarında heterojen dansiteli kitle lezyonu izlendi. Sağ over net izlenmesine rağmen sol over net değerlendirilemediği için kitle ile sol over arasında ayrıcı tanı yapılamadı. İzlenen kitle periferi ve parankiminde Doppler sonografi ile arteriel ve venöz kan akımları alınamadı. Olgu torsiyone adneksiyal kitle olarak değerlendirilerek acil operasyona karar verildi. Operasyondan önce 1000mg hidroksiprogesteron kaproat (Proluton Depot 500 mg/2ml 1 ampul IM-Bayer Türk Kimya San. Tic. Ltd. Şti.) IM yapıldı. Genel anestezi altında, Pfannenstiel insizyon ile batına girildi. Eksplorasyonda uterus sol lateralinde ligamentum latum yaprakları içine doğru büyümüş, üzerindeki sol tuba uterina ile birlikte torsiyone olmuş pediküllü subserozal myom izlendi. Torsiyone myom ve tüp beslenme bozukluğunun tüm etkilerini göstermekteydi. Detorsiyone edilmesine rağmen tubanın kanlanmasının yeniden başladığı gözlenmedi. Myomektomi ve salpenjektomi uygulandı (Şekil 1). Postoperatif dördüncü günde komplikasyon olmaksızın anne ve fetus taburcu edildi. Patolojik incelemede akut torsiyone leiomyom bulguları tespit edildi. Gebelik normal seyrinde izlendi ve takiplerde herhangi bir sorun ile karşılaşılmadı. 1 çocuğuna 37 hafta 1 günlük iken spontan poşh menfi olan hasta spontan vaginal yol ile APGAR'ı 8 olan 3200 gram ağırlığında bir bebek doğurtuldu.



Şekil 1. Postoperatif torsiyone myom ve tubanın görünümü

Tartışma

Obstetrik akut batın nedenleri ektopik gebelik, ovarian kitleler, düşükler, erken doğum, ablasyo plasenta, uterin rüptür, adneksiyal torsiyon ve myom dejenerasyonu olarak sıralanabilir. Gebelikte peritoenal irritasyon bulguları karın ön duvarındaki gerilime bağlı oluşmaya bilir. Gravid uterusun cesametine bağlı olarak omentum inflamasyon alanına göç etmeye bilir. İntraabdominal organlar gestasyonel hafta ile birlikte büyüyen uterusun etkisi ile yer değiştirebilirler. Bu durumlar gebelikte akut batın tanısında gecikmelere neden olur.

Myomlar geç reprodüktif dönem kadınlarda çok sık rastlanan uterusun bening tümörleridir. Myomların büyük bir çoğunluğu gebelik esnasında asemptomatik olarak kalırlar ve her hangi bir girişim gerektirmezler (6). Myomlarla

ilişkili olarak gebelikte izlenebilecek komplikasyonlar abdominal ağrı, düşük, erken doğum, intrauterin gelişme kısıtlılığı, ablasyo plesenta, postpartum hemoraji, malprezantasyon ve artmış sezeryan oranları olarak sayılabilir (5). Yine myomlar daha nadir olarak uterin torsiyon, üriner retansiyon, üreterik obstrüksiyon ve inkarserasyona neden olabilirler (7-9). Subserozal myomlar nadiren pedinküllü hale gelerek daha az sıklıkla da torsiyone ve akut batın tablosuna neden olurlar (10). Bir myomun kendi etrafında dönebilmesi ve torsiyon oluşturabilmesi için ince ve uzun bir pedinküle sahip olması gerekir. Torsiyonun geri dönüşümsüz olarak oluşmasında etkin faktör myomun cesametidir. Küçük myom varlığında spontan olarak torsiyon düzelebilir (10). Tabloyu oluşturan bir diğer etken ise myomum uterus, pelvik yan duvar ve barsaklar gibi çevre dokular ile olan ilişkisidir. Torsiyon gelişimini takiben myom gravid uterusun etkisi ile bu yapılar arasında sıkışarak tekrar spontan rotansiyon yapamayabilir. Böyle bir durumda iskemi, nekroz ve akut abdominal ağrı meydana gelir. Bu tür myom varlığında gebelik sonrası dönemde de kitle etkisi ile puerperal ileus tablosu dahi geliştiği raporlanmıştır (11).

Obstetrik hasta değerlendirilmesinde güvenli, kolay ulaşılabilir, ucuz ve günlük pratik uygulamada yer etmiş bir yöntem olması nedeni ile ultrasonografi ilk tercih edilen yöntemdir. Ancak gestasyonel hafta ile birlikte intraabdominal organların büyüyen uterusun etkisi ile yer değiştirirmesi ultrasonografik değerlendirmeği zorlaştırır ve gebelikte ultrasonografinin duyarlılığını azaltır (12). Son dönemde yapılan çalışmalar ile gebe akut batın olgularında manyetik rezonans (MR) görüntülemenin yüksek doğruluk oranları ile kullanılabildiği raporlanmıştır (13). Ultrasonografi ile MR görüntülemenin etkinliğinin sorgulandığı bir çalışmada ultrasonografi MR'a göre daha az etkin bulunmuştur (14). Bizim olgumuzda da ultrasonografik inceleme adneksiyal kitle varlığını ve Doppler kan akımlarının bozulduğunu gösterebilmesine rağmen pedinkule myom torsiyonu ile overyan torsiyonun preoperatif ayrıcı tanısında yardımcı olamamıştır.

Over torsiyonu mezoovaryumun parsiyel veya komplet rotasyonu sonucu gelişir ve jinekolojik acillerin yaklaşık %3'ünü oluşturur (15). Gebelik esnasında özellikle ikinci ve üçüncü trimesterlerde izlenmesi çok nadirdir. Over torsiyonlarının %10 ile %20' si gebelik döneminde ve özellikle birinci trimesterde meydana gelir (15). Adneksiyel yapıların torsiyonu tubanın veya overin, sıklıkla da her ikisinin birlikte torsiyonu şeklinde gelişir. Preoperatif tanısı zordur ve cerrahi müdahalede gecikilmesi geri dönüşümsüz olarak ovaryan hasarlaşmaya neden olabilir. Ancak özellikle günlük pratikte sık kullanılan transvajinal ultrasonografinin gebelik esnasında overlerin yer değiştirmesi nedeni ile kullanımının sınırlı olması özellikle acil şartlarda hasta değerlendirilmesi gereken durumlarda önemli handikaplar doğurmaktadır (16). Bizim vakamızda operasyon öncesi myom ve tubanın kan akımı gözlenmedi ve operasyon da tubanın detorsiyonu düzeltilmesine rağmen kanlanması gözlenmedi.

Birinci trimesterde ultrasonografi esnasında uterusun ve adneksiyal alanların değerlendirmesi tam olarak yapılır ise gebeliklere eşlik eden myom varlığı veya over torsiyonuna predispozisyon oluşturan overyan kitleler gibi jinekolojik patolojiler ortaya konabilir ve hastaların bu jinekolojik patolojiler ile ilişkili bazal riskleri belirlenmiş olur. Bizim olgumuzda olduğu gibi teknik nedenler ile adneksiyal alanların net değerlendirilemediği olgularda; gebeliğin başında yapılan ultrasonografik incelemede eğer pedinküle myom varlığı tespit edilmiş olsa idi, operasyon öncesi ayrıcı tanı tam ve net yapılarak operasyon kararının daha sağlıklı alınması sağlanabilirdi. Yine aynı mantık ile temel obstetrik ultrasonografi esnasında uterus ve adneksleri de kapsayan pelvik görüntülemenin yapılmasının gerektiği 'The American Institute of Ultrasound in Medicine' ve 'The American College of Obstetricians and Gynecologists Task Force on ultrasonography' nin aldıkları kararda da belirtilmiştir (17).

Gebeler ile gebe olmayan hasta grupları için akut batın tablolarında yaklaşım benzerdir. Çünkü düşük, erken doğum, perinatal mortalite ve morbidite ile asıl ilişkili olan operasyonun kendisi değil operasyona neden olan hastalığın şiddetidir (3). Yapılması planlanan cerrahi müdahalelerin zamanlaması gebeliğin haftasından çok akut tablonun şiddeti tarafından belirlenir. Maternal ciddi morbidite ve mortalite oluşmuş ise doğumun olması ya da akciğer matürasyonunun oluşması beklenilmez (3). Ancak yine de gebelik haftası ile perinatal morbidite arasında bir ilişki kurmak gerekirse; Whitecar ve ark.'nın (18) 130 vakalık serilerinde yirmi üçüncü gebelik haftası öncesinde yaptıkları cerrahi müdahalelerde önemli perinatal mortalite ve morbidite ile karşılaşmadıkları bilgisini vermişlerdir.

Myomun torsiyone olup iskemiye ve nekroza gitmesi halinde gebelerde seçilecek tedavi myomektomidir (19). Bizim olgumuzda da torsiyona bağlı doku nekrozu, potansiyel perinatal ve maternal mortalite söz konusu olduğu için operasyon kararı alınmıştır. Myomektomi endikasyonu alan seçilmiş, gebelik haftası uygun olgularda laparoskopik yaklaşım da denenebilir.

Günümüzde laparoskopi sıklıkla gebeliğin birinci trimesterinde dış gebelik, adneksiyal kitle ve apandisit olgularında kullanılmaktadır (20). İkinci ve üçüncü trimester gebeliklerinde laparoskopik yaklaşım yakın geçmişe kadar kontrendike olarak kabul edilmekte idi (21). Mathevet ve ark. (22) adneksiyal kitlesi olan gebelere ait laparoskopik müdahalede bulundukları 17 birinci trimester, 27 ikinci trimester ve dört üçüncü trimester olgusundan oluşan serilerinde laparoskopi sonrası sadece bir perinatal kayıp raporlamışlardır.

Sonuç

Gebelikte akut batın olgularında cerrahi müdahale kararı alırken gebelik haftasından çok tablonun şiddeti yönlendirici olmalıdır. Çünkü asıl mortalite ve morbidite yaratan operasyon değil altta yatan hastalığın şiddetidir. Adneksiyal kitle ve overyan patolojilerin gebeliğin ilerleyen haftalarında komplikasyon oluşturabileceği düşünülerek gebelik başında yapılan temel ultrasonografik değerlendirmeye mutlaka myometrium ve adneksiyal alanlar da dahil edilmelidir. Akut batın tablosu ile başvuran ikinci ve üçüncü trimester gebeliklerde büyüyen gravid uterusun etkisi ile ultrasonografinin etkinliğinin azaldığı akılda tutulmalı ve eğer şartlar el veriyor ise MR görüntüleme de değerlendirmeye dâhil edilmelidir. Torsiyone pedinküllü myom varlığı tespit edilen gebelerde myomektomi, düşük fetal ve maternal morbidite ile uygulanacak tedavi yöntemidir. Seçilmiş hasta gruplarında laparoskopik müdahalenin de başarı ile uygulanabildiği gösterilmiştir.

Kaynaklar

1. M. Anıl Onan, Nuray Bozkurt, Mertihan Kurdoğlu, Zehra Kurdoğlu, Zeki Taner, Özdemir Himmetoğlu. Ovarian Torsion in the Late Second Trimester of a Twin Pregnancy in a Polycystic Patient: Detorsion via Paramedian Incision. AJCI 2007;1(3):183-186.
2. Clement PB, Nonneoplastic lesions of the ovary. In: Kurmann RJ ed. Blaustein's Pathology of the female genital tract. New York, Springer-Verlag 2002: 699-703.
3. Harika Bodur Öztürk, Belgin Selam, Cem Demirel, Tolga Ergin, Arda Lembet. Gebelikte Akut Karın Nedeni Olarak Miyom Torsiyonu. ACU Sağlık Bil Derg 2010(1):54-56.
4. al-Taher H, Farquharson RG. Management of uterine fibroids. Br J Hosp Med 1993; 50: 133–36.
5. Rosati P, Exacoustos C, Mancuso S (1992) Longitudinal evaluation of uterine myoma growth during pregnancy. A sonographic study. J Ultrasound Med 1992; 11: 511–15.
6. Lefebvre G, Vilos G, Allaire C et al.The management of uterine leiomyomas. J Obstet Gynaecol Can 2003; 25: 396–18.
7. Rich DA, Stokes IM. Uterine torsion due to a fibroid, emergency myomectomy and transverse upper segment caesarean section. Bjog 2002; 109:105–06.
8. Monga AK, Woodhouse CR, Stanton SL. Pregnancy and fibroids causing simultaneous urinary retention and ureteric obstruction. Br J Urol 1996; 77: 606–07.
9. Sherer DM, Edgar DM, Pulli GJ, et al. Pedunculated uterine fibroid simulating an incarcerated inguinal hernia in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1994; 170: 724–25.
10. Tsai Y-J, Yeat S-K, Jeng C-J, et al. Torsion of a uterine leiomyoma. Taiwanese J Obstet Gynecol 2006; 45: 333-35.
11. Mickel I, Bollmann R, Chaoui R, et al. Torsion of the myoma pedicle as a rare cause of ileus in puerperium. Geburtshilfe Frauenheilkd. 1995; 55: 721-23.
12. Kennedy A. Assessment of acute abdominal pain in the pregnant patient. Semin Ultrasound CT MR 2000; 21: 64-77.
13. Birchard KR, Brown MA, Hyslop WB, et al. MRI of acute abdominal and pelvic pain in pregnant patients. AJR Am J Roentgenol 2005; 184: 452-58.
14. Roy C, Bierry G, Ghali SE, et al. Acute torsion of uterine leiomyoma: CT features. Abdom Imaging 2005; 30: 120–3.
15. Jain, KA. Magnetic resonance imaging findings in ovarian torsion. Magn Reson Imaging 1995; 13: 111- 13.
16. Born C, Wirth S, Stabler A, et al. Diagnosis of adnexal torsion in the third trimester of pregnancy: a case report. Abdom Imaging 2004; 29: 123-27.
17. Hill LM, Conners-Beatty DJ, Nowak A, et al. The role of ultrasonography in the detection and management of adnexal masses during the second and third trimesters of pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1998; 179: 703-7.

18. Whitecar MP, Turner S, Higby K. Adnexial masses in pregnancy: A review of 130 cases undergoing surgical management. Am J Obstet Gynecol 1999; 191: 19-24.
19. Febo G, Tessarolo M, Leo L, et al. Surgical management of leiomyomata in pregnancy. Clin Exp Obstet Gynecol 1997; 24:76–8.
20. Louis-Sylvestre C, Morice P, Chapron C, et al. The role of laparoscopy in the diagnosis and mangement of heterotopic pregnancies. Hum Reprod 1997; 12: 1100–2.
21. Soriano D, Yefet Y, Seidman DS, et al. Laparoscopy versus laparotomy in the management of adnexal masses during pregnancy. Fertil Steril 1999; 71: 955–60.