

# Akut Batın Kliniği ile Prezente Olan Hastada İzole Tubal Torsiyon

## Isolated Tubal Torsion in a Patient Presented with an Acute Abdomen Clinic

 Ayşe DIŞLI GÜRLER<sup>a</sup>,  Mehmet DOLANBAY<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Kayseri, TÜRKİYE

### ÖZET

İzole tubal torsiyon 1/1 500 000 sıklıkta oldukça az rastlanan bir klinik akut batın nedenidir. Daha çok adölesan, gebelik ve postmenopozal dönemlerde karşımıza çıkan bu klinik tablonun oluşmasına hematosalpinks, hidrosalpinks, tubal ligasyon, pelvik inflamatuvar hastalık, paratubal kistler ve bazı yumurtalık patolojileri neden olabilmektedir. İzole tubal torsiyonlara bakıldığında en sık normal tubal görünüm mevcuttur. Vakaların çoğunda sağ tüpte torsiyon görülmektedir. Karın ağrısı, mide bulantısı, kusma, ateş gibi nonspesifik bulgularla belirti verebilir. Bu sebeple semptomlardan tanıya gitmek güç olabilir. Abdominal ultrasonografide uterus kornusuna yaklaştıkça sivri uzun, kıvrımlı kistik görünüm mevcuttur. Akut batın ile gelen hastalarda akut apandisit ve over torsiyonu ayırıcı tanıda ilk akla gelmesi gereken hastalıklardır.

**Anahtar Kelimeler:** Tuba uterina; torsiyon; akut batın

### ABSTRACT

Isolated tubal torsion is a very rare clinical cause of acute abdomen with a frequency of 1/1 500 000. Hematosalpinx, hydrosalpinx, tubal ligation, pelvic inflammatory disease, paratubal cysts and some ovarian pathologies may cause this clinical picture, which is more common in adolescence, pregnancy and postmenopausal periods. When looking at isolated tubal torsions, the most common tubal appearance is present. In most of the cases, torsion is seen in the right tube. It may present with nonspecific symptoms such as abdominal pain, nausea, vomiting and fever. For this reason, it may be difficult to diagnose from symptoms. Abdominal ultrasonography has a long, curved cystic appearance that tapers as it approaches the uterine cornu. Acute appendicitis and ovarian torsion are the first diseases that should be considered in differential diagnosis in patients presenting with acute abdomen.

**Keywords:** Tuba uterina; torsion; acute pelvic pain

**Correspondence:** Ayşe Dişli Gürler

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Kayseri, TÜRKİYE/TURKEY

**E-mail:** dr.disliayse@hotmail.com



Peer review under responsibility of Turkish Journal of Reproductive Medicine and Surgery.

**Received:** 15 Dec 2020

**Received in revised form:** 01 Mar 2021

**Accepted:** 05 Mar 2021

**Available online:** 12 Mar 2021

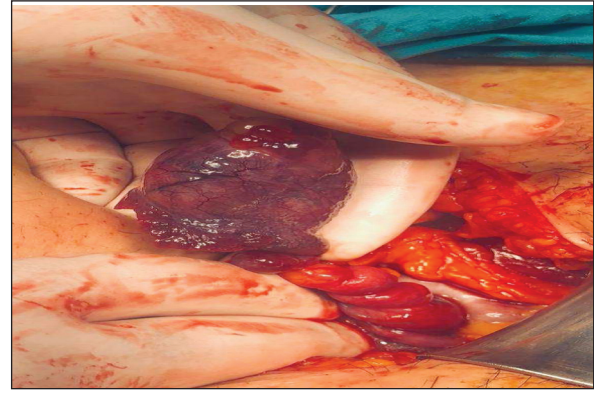
2587-0084 / Copyright © 2021 by Reproductive Medicine, Surgical Education, Research and Practice Foundation.  
This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

## OLGU SUNUMU

İzole tubal torsiyon yaklaşık çok nadir görülen bir akut batın nedenidir.<sup>1</sup> Daha çok adolesan, gebelik ve postmenopozal dönemlerde karşımıza çıkan bu klinik tablonun oluşmasına hematosalpinks, hidrosalpinks, tubal ligasyon, pelvik inflamatuvar hastalık, paratubal kistler ve bazı yumurtalık patolojileri neden olabilmektedir.<sup>2</sup> Karın ağrısı, mide bulantısı, kusma, ateş gibi nonspesifik bulgularla belirti verebilir. Bu sebeple semptomlardan tanıya gitmek güç olabilir. Abdominal ultrasonografide uterus kornusuna yaklaştıkça sivrilen uzun, kıvrımlı kistik görünüm mevcuttur.

55 yaşında postmenopozal dönemde, sigara ve alkol kullanım öyküsü olmayan, bir gün önce başlayan alt karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastanın muayenesinde batında defans ve rebound pozitif olarak izlendi. Özgeçmişinde ek dahili problemi olmayan, geçirilmiş abdominal cerrahisi bulunmayan, gravidası 3, paritesi 3, abort öyküsü olmayan, 3 kez normal vajinal yolla doğum yapmış hastanın yapılan transvajinal ultrasonografisinde uterus normal, sol over normal olarak izlenmekle birlikte, sağ tubal alanda torsiyon ile uyumlu yaklaşık 4-5 cm çapında kistik görünüm mevcuttu. Vital bulguları stabil olan hastanın labaratuvarında; Hgb: 13,2 g/dL WBC:  $6,12 \times 10^3/\text{mmol}$  idi. Hasta tubal torsiyon ön tanısıyla acil cerrahiye alındı. Mini laparotomi yapılan hastanın eksplorasyonunda izole sağ tubal torsiyon ve etrafında douglasta 2 cm derinlikte reaksiyonel mayi izlendi (Resim 1). Sağ salpenjektomi yapılarak cerrahi tamamlandı. Takiplerinde vitalleri stabil seyreden hasta postoperatif 2. günde taburcu edildi.

İzole tubal torsiyon akut batın ve pelvik ağrılı hastalarda nadir görülen bir durumdur. Over torsiyonunda görülen açılıp kapanan ağrı, bulantı, kusma gibi şikayetler ile gelebileceği gibi tubanın erken dönemde hızlı nekroza gitmesi nedeniyle sürekli devam eden ağrı ve akut batın kliniği oluşabilir. Sıklıkla sağ tubada görülmekle birlikte, genelde ağrı etkilenen tarafta olur. Laboratuvar testleri spesifik değildir. Lökositoz, C-Reaktif Protein yüksekliği görülebilecek bulgular arasındadır. Ultrasonografi ile tanı tecrübe gerektirir. Doppler Ultrason ile tanıya gidilebilecek olsada over torsiyonunda olduğu gibi net bir bulgu ortaya koyamayabilir.<sup>3</sup> Over torsiyonunda olduğu gibi, doğrudan görselleştirme tanı



RESİM 1: İzole sağ tubal torsiyon.

için en güvenilir yöntem olmaya devam etmektedir.<sup>3</sup> Bilgisayarlı Tomografi ve Manyetik Rezonans gibi görüntüleme yöntemlerinin tanıya katkısı tartışmalıdır.<sup>4</sup> İzole edilmiş tubal torsiyonun preoperatif radyolojik tanısında, normal bir yumurtalık görüntüsü ve bir girdap belirtisini gösteren kıvrımlı bir tüp görünümüne sahip dilate bir tüp çok önemlidir.<sup>5</sup> Laparoskopik cerrahi erken tanı ve tedavi açısından önemlidir. Salpenjektomi geç tanı alan vakalarda sık görülen geri dönüşümsüz vasküler hasar nedeniyle gerekli olabilir. Bu vakalarda parsiyel salpenjektomi yapılması, tüpün kalan kısmından hidrosalpinks ve ektopik gebelik gelişme riski açısından tartışmalıdır. Özellikle üreme çağındaki kadınlarda fertilitenin korunması amacıyla salpenjektomiden kaçınabilmek için bu hastaların erken tanı ile cerrahi planlamasının yapılması ve detorsiyon seçeneğinin uygulanması en önemli klinik yaklaşım olacaktır.<sup>6</sup>

### Finansal Kaynak

*Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.*

### Çıkar Çatışması

*Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.*

### Yazar Katkıları

*Bu çalışma hazırlanırken tüm yazarlar eşit katkı sağlamıştır.*

## KAYNAKLAR

1. Liu L, Birchall C, Benton A, Deimling T. Isolated Tubal Torsion after Tubal Ligation. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019;26(4):595-6. [\[Crossref\]](#)
2. Demirel BD, Hancioglu S, Bicakci U, Ariturk E, Bernay F. Isolated tubal torsion: A rare cause of acute abdomen in childhood. *Pediatr Rep.* 2018;10(1):7604. [\[Crossref\]](#)
3. Ramadan MK, Demachkie K, Mohsen A, Sinno L, Kaza'al J. Gynecol Minim İnvaziv Ther. 2020;9(4):241-4. [\[Crossref\]](#)
4. Lourenco AP, Swenson D, Tubbs RJ, Lazarus E. Ovarian and tubal torsion: imaging findings on US, CT, and MRI. *Emerg Radiol.* 2014;21(2):179-87. [\[Crossref\]](#)
5. Canda MT, Erkan MM, Demir N, Çamlı D. J Minim İnvaziv Gynecol. 2020;27(3):570-2. [\[Crossref\]](#)
6. Verpalen IM, de Boer J, van den Hoed RD, Schutte JM, Teklenburg G, Vossenkaul R. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2018;162:D2670.