

LAPAROSKOPİK YAKLAŞIMLA ADNEKSİYAL TORSİYONLARIN TEDAVİSİ: BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ

Mesut ÖKTEM, Derya EROĞLU, Esra KUŞÇU, Hulusi Bülent ZEYNELOĞLU

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Üreme Sağlığı Bölümü, Ankara

ÖZET

Objektif: Adneksiyal torsiyon ön tanısı ile laparoskopi veya laparotomi ile opere edilen hastaların retrospektif incelenmesi

Planlama: Laparoskopik yaklaşımla opere edilen 5, laparotomi ile opere edilen diğer 5 hasta sonuçlarının değerlendirilmesi

Ortam: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara Hastanesi

Hastalar: Acil servise başvuran, akut karın bulguları olan, değerlendirme sonrası adneksiyal torsiyon tanısıyla operasyona alınan 10 hasta

Girişim: Laparoskopi veya laparotomi uygulayarak adneksiyal detorsiyon, kist aspirasyonu, kistektomi, ooferektomi, histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yapılması

Değerlendirme parametreleri: Hasta yaşları, adneksiyal kitle boyutu, preoperatif doppler kan akımı ölçümü, operasyon şekli ve hospitalizasyon süreleri ve kesin histopatolojik tanı

Sonuç: Laparoskopik olarak 2 olguya salpingo-oofektomi, 1 olguya detorsiyon, 1 olguya detorsiyon ve kist aspirasyonu ve 1 olguya da detorsiyon ve kistektomi yapılmıştır. Laparotomi grubunda ise 3 hastaya total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi, bir hastaya salpingo-ooferektomi ve bir hastaya da detorsiyon ve kistektomi uygulanmıştır. Laparoskopi grubunun genç ve paritesi düşük olan hastalardan oluştuğu görülmektedir. Laparoskopi uygulanan hastalar daha kısa sürede taburcu edilmişlerdir. Ortalama adneksiyal kitle çaplarının laparotomi grubunda daha fazla olduğu gözlenmiştir. Organ koruyucu cerrahi yapılan hastaların postoperatif kontrolünde ultrasonografik olarak normal over görünümü ve doppler kan akımı izlenmiştir.

Yorum: Özellikle genç, fertilité isteği olan hastalarda laparoskopik yaklaşımla organ koruyucu cerrahi yapılması uygun olacaktır.

Anahtar kelimeler: adneksiyal torsiyon, detorsiyon, laparoskopi, konservatif yaklaşım

SUMMARY

Laparoscopic Management of Adnexal Torsions: Başkent University Experience

Objective: To analyze the patients' data who underwent surgery for adnexal torsion via laparoscopy or laparotomy

Design: Reports of the 10 adnexal torsion cases those were managed by laparoscopy (5 cases) or laparotomy (5 cases).

Setting: Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Baskent University, Ankara

Patients: Ten patients were referred to the emergency room and diagnosed as adnexal torsion preoperatively. All patients were surgically treated.

Interventions: Adnexal detorsion, cyst aspiration, cystectomy, oophorectomy, abdominal hysterectomy and salpingo-oophorectomy were done either by laparoscopy or laparotomy.

Main Outcome Measures: Patient's age, mean diameter of adnexal mass, preoperative Doppler flow measurement, type of surgical

Yazışma adresi: Hulusi Bülent ZEYNELOĞLU, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kubilay Sokak,

No: 36, 06570 Maltepe, ANKARA

Tel: (312) 232 44 00

Fax: (312) 232 39 12

e-mail:hbzeyneloglu@ttnet.net.tr

Alındığı tarih: 30. 04. 2005, kabul tarihi: 16. 05. 2005

approach, hospitalization interval, and histopathologic diagnosis.

Results: Two patients had salpingo-oophorectomy, one patient had detorsion, one patient had detorsion and cyst aspiration, and another one had detorsion and cystectomy via laparoscopy. On the other hand, three patients had total abdominal hysterectomy and salpingo-oophorectomy, one patient had salpingo-oophorectomy, and another one had detorsion and cystectomy via laparotomy. In laparoscopy group, younger patients with lower parity were seen. The hospitalization interval was shorter in laparoscopy group. Mean adnexal diameter was greater in laparotomy group. Postoperative ultrasonographic findings and Doppler flow measurement were normal in patients whom underwent conservative surgery.

Conclusion: Conservative therapy by laparoscopy is recommended to preserve ovarian function in young patients.

Key words: adnexal torsion, conservative therapy, detorsion, laparoscopy

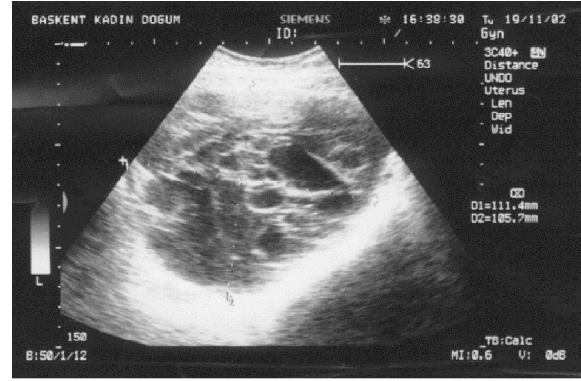
GİRİŞ

Jinekolojik aciller nedeniyle opere olan hastalarda en sık beşinci neden olarak adneksiyal torsiyon karşımıza çıkmaktadır⁽¹⁾. Adneksiyal torsiyon tüm yaş grubunda görülmekle birlikte üreme çağındaki kadınlarda sıklığı artmaktadır⁽²⁻⁴⁾. Gebelik süresince de adneksiyal torsiyon insidansının arttığı literatürde bildirilmektedir^(5,6). Geçmişte torsiyone adneksin pedinkülünden emboli atımından çekildiği için bu vakalarda radikal cerrahi girişimler uygulanmıştır. Literatür incelendiğinde bu riskin önemsenmeyecek kadar az olduğu görülmektedir^(7,8). Özellikle genç hastalarda ovaryan fonksiyonun korunması gerektiğinden organ koruyucu cerrahi yapılması gerekmektedir. Son zamanlarda adneksiyal torsiyonların tedavisinde laparoskopik yaklaşım öne çıkmaktadır⁽⁹⁾.

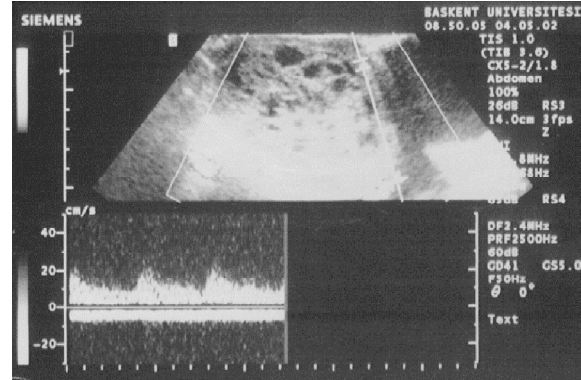
Bu çalışmada acil servise akut karın nedeniyle başvuran ve adneksiyal torsiyon ön tanısı ile opere edilen hastalar retrospektif olarak sunulmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Temmuz 1996- Ekim 2003 tarihleri arasında acil servise başvuran ve akut batın tanısı alan 10 hasta adneksiyal torsiyon ön tanısıyla operasyona alındı. Olguların tamamında doppler incelemede adneksiyal kan akımının alınmadığı veya çok azalmış olduğu görüldü. Olguların beşine laparoskopi, diğer beşine de laparotomi uygulandı (Resim 1-3).



Resim 1: Multikistik torsiyone overin ultrasonografik görünümü



Resim 2: Doppler USG ile ovaryan arterdeki kan akımı izlenmektedir



Resim 3: Torsiyone adneksiyal kitlenin intraoperatif görünümü

SONUÇLAR

Laparoskopi ve laparotomi uygulanan hastaların ortalama yaşları, ortalama pariteleri, ortalama adneksiyal kitle çapları ve ortalama hospitalizasyon süreleri Tablo 1'de verilmiştir. Laparoskopik grubunun özellikle genç ve paritesi düşük olan hastalardan oluştuğu görülmektedir. Laparotomi grubundan 2 hasta postmenopozal dönemdeydi. Laparoskopik olarak 2 olguya salpingo-oofektomi, 1 olguya detorsiyon, 1 olguya detorsiyon ve kist aspirasyonu ve 1 olguya da detorsiyon ve kistektomi yapılmıştır. Adneksin korunduğu olguların tamamında postoperatif kontrolde ultrasonografik olarak normal over görünümü ve doppler kan akımı izlenmiştir. Laparotomi grubunda ise 3 hastaya total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-oofektomi (TAH+BSO), bir hastaya salpingo-oofektomi ve bir hastaya da detorsiyon ve kistektomi uygulanmıştır. Detorsiyon ve kistektomi uygulanan hastanın postoperatif kontrolünde ultrasonografik olarak normal over görünümü ve doppler kan akımı izlenmiştir. Hiçbir olguda postoperatif komplikasyon gelişmemiş ve reoperasyon gereksinimi olmamıştır. Laparoskopik uygulanan hastalar daha kısa sürede taburcu edilmişlerdir. Ortalama adneksiyal kitle çaplarının laparotomi grubunda daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Histopatolojik olarak 4 olguda basit kist, 1 olguda endometrioma, 1 olguda müsinöz kistadenom, 1 olguda fibrotekoma, 1 olguda hemorajik kist, 1 olguda da matür kistik teratom izlenmiştir. Detorsiyon ve kist aspirasyonu yapılan olgunun sitolojisinde malign hücreler izlenmemiştir.

Tablo 1: Operasyon şekline göre hasta verileri

Operasyon şekli	Hasta yaşı	Parite	Adneksiyel kitle çapı (mm)	Hospitalizasyon süresi (gün)
Laparoskopi	27,8±13,5*	0,6±0,8	73,8±21,5	1,4±0,8
Laparotomi	47,6±19,8	1,0±1,4	101,8±26,1	4,6±1,3

* ortalama ± SD

TARTIŞMA

Adneksiyal torsiyon, adneksin kendi vasküler aksının etrafında kısmi veya tam olarak rotasyona uğramasıdır. Torsiyone olan adnekte venöz ve lenfatik blokaj oluşmakta ve organ parankiminde masif konjesyon, hemorajik infarkt ve son olarak arteriyel blokaj, gangren ve hemorajik nekroz gelişmektedir⁽¹⁰⁾. Bazı çalışmalarda adneksiyal torsiyon vakalarında

geçirilmiş tubal ligasyon hikâyesi mevcutken, çalışmamızda hiçbir hastamızda tubal ligasyon öyküsü yoktu^(1,4,11). Gebelikte artmış adneksiyal torsiyon riskinden bahsedilmekle beraber hastalarımızın hiçbirisi gebe değildi^(12,13). Preoperatif renkli doppler çalışmalarının teşhis açısından önemi tartışmalıdır^(14,15). Bununla beraber çalışma grubumuzda tüm hastalarda preoperatif doppler incelemede adneksiyal kan akımı ya alınmamış ya da çok azalmış olduğu izlenmiştir. Bu bulgular klinik açıdan teşhisimizde önemli yer tutmuştur. Ovaryan patoloji olmadan da adneksiyal torsiyonların olabileceği bildirilmişken^(1,3,5), benign ovaryan kistler sıklıkla adneksiyel torsiyonlara eşlik etmektedir. En sık matür kistik teratomalar adneksiyal torsiyonlarla ilişkili bulunmuşken, malign ovaryan kistler yaklaşık % 2 civarında görülmektedir^(1,2,16). Bizim olguların sadece birinde matür kistik teratoma vakası izlenmişken en sık basit ovaryan kistler bulunmuştur. Hiçbir olgumuzda malignite izlenmemiştir. Laparoskopik yaklaşımla daha az postoperatif ağrı gelişimi, kısa hospitalizasyon süresi ve daha iyi hasta konforu sağlanmaktadır^(4,8,12,14,17). Özellikle laparoskopik deneyimin artması ve deneyimli laparoskopistlerin varlığı ile bu yaklaşım giderek yaygınlaşmaktadır. Biz de laparoskopik yaklaşımın mümkün olduğu olgularda bu yaklaşımı tercih etmekteyiz. Son yıllarda organ koruyucu yaklaşımlar giderek artmaktadır. Özellikle üreme çağındaki, genç hastalarda organ koruyucu cerrahi yaklaşımlar öncelikle denenmelidir. Venöz konjesyon nedeniyle adnekslerin makroskopik görünümü doğru bir karar vermeye engel olabileceğinden dolayı organ koruyucu cerrahilerde malignite ekarte edilmelidir. Özellikle perimenopozal ve postmenopozal olgularda frozen inceleme yapılmalıdır. Genç, çocuk istemi olan hastalarda laparoskopik yaklaşım ile organ koruyucu cerrahi yapılması uygun olan yaklaşım olarak görülmektedir. Bizim de genç, paritesi düşük olan hastalarda laparoskopik yaklaşımı tercih ettiğimiz görülmektedir. Konservatif tedaviler sonrası trombo-emboli riskinin beklendiği kadar sık görülmediği ortaya çıkmaktadır^(7,8). Bizim çalışmamızda da trombo-embolik hadise gelişimi olmadı.

Konservatif yaklaşımlardan sonra bazı klinisyenler re-laparoskopi veya sonografik incelemeyle geride bırakılan adneksiyal dokuyu anatomik ve fonksiyonel açıdan incelemişlerdir^(4,5,14,15,18-20). Konservatif yaklaşım uyguladığımız olguların tamamında

postoperatif dönemde ultrasonografik ve doppler ultrasonografik inceleme yapılmış, hepsinde normal over görünümü ve doppler kan akımı izlenmiştir. Literatürde konservatif tedavi sonrası gebelik oluşan olgular bildirilmektedir^(4,21).

İntraoperatif dönemde adneksin morumsu, siyah röfle vermesi adneksiyal fonksiyonu değerlendirme açısından iyi bir belirteç değildir. Birçok çalışmada normal ovaryan fonksiyonların geri döndüğünü belirtilmektedir^(2,22). Hayvan çalışmalarında 36 saatlik iskemik periyodun ovaryan fonksiyonların geri dönmesi için önemli olduğu belirtilmektedir⁽²³⁾. Konservatif yaklaştığımız olgularda operasyona kadar geçen süre 2-8 saat arası olup, ortalama geçen süre 4,2±2,6 saat idi.

Sonuç olarak, genç, fertilitate arzusu olan olgularda deneyimli laparoskopistlerin varlığında adneksiyal torsiyonlara laparoskopik yaklaşım tercih edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Hibbard LT. Adnexal torsion. Am J Obstet Gynecol 1985;152 (4):456-61.
2. Bider D, Mashiach S, Dulitzky M, Kokia E, Lipitz S, Ben-Rafael Z. Clinical, surgical and pathologic findings of adnexal torsion in pregnant and nonpregnant women. Surg Gynecol Obstet 1991;173(5):363-6.
3. Lee CH, Raman S, Sivanesaratnam V. Torsion of ovarian tumors: a clinicopathological study. Int J Gynaecol Obstet 1989;28 (1): 21-5.
4. Chapron C, Capella-Allouc S, Dubuisson JB. Treatment of adnexal torsion using operative laparoscopy. Hum Reprod 1996;11(5): 998-1003.
5. Zweizig S, Perron J, Grubb D, Mishell DR, Jr. Conservative management of adnexal torsion. Am J Obstet Gynecol 1993; 168(6 Pt 1):1791-5.
6. Mancuso A, Broccio G, Angio LG, Pirri V. Adnexal torsion in pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 1997;76(1):83-4.
7. McGovern PG, Noah R, Koenigsberg R, Little AB. Adnexal torsion and pulmonary embolism: case report and review of the literature. Obstet Gynecol Surv 1999;54(9):601-8.
8. Shalev E, Peleg D. Laparoscopic treatment of adnexal torsion. Surg Gynecol Obstet 1993;176(5):448-50.
9. Cohen SB, Oelsner G, Seidman DS, Admon D, Mashiach S, Goldenberg M. Laparoscopic detorsion allows sparing of the twisted ischemic adnexa. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1999; 6(2):139-43.
10. Graif M, Itzhak Y. Sonographic evaluation of ovarian torsion in childhood and adolescence. AJR Am J Roentgenol 1988;150 (3):647-9.
11. Baker TE, Copas PR. Adnexal torsion. A clinical dilemma. J Reprod Med 1995;40(6):447-9.
12. Descargues G, Tinlot-Mauger F, Gravier A, Lemoine JP, Marpeau L. Adnexal torsion: a report on forty-five cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001;98(1):91-6.
13. Morice P, Louis-Sylvestre C, Chapron C, Dubuisson JB. Laparoscopy for adnexal torsion in pregnant women. J Reprod Med 1997;42(7):435-9.
14. Mage G, Canis M, Manhes H, Pouly JL, Bruhat MA. Laparoscopic management of adnexal torsion. A review of 35 cases. J Reprod Med 1989;34(8):520-4.
15. Tepper R, Lerner-Geva L, Altaras MM, Goldberger S, Ben-Baruch G, Markov S, et al. Transvaginal color flow imaging in the diagnosis of ovarian tumors. J Ultrasound Med 1995;14 (10):731-4.
16. Bayer AI, Wiskind AK. Adnexal torsion: can the adnexa be saved? Am J Obstet Gynecol 1994;171(6):1506-10; discussion 1510-1.
17. Cohen SB, Wattiez A, Seidman DS, Goldenberg M, Admon D, Mashiach S, et al. Laparoscopy versus laparotomy for detorsion and sparing of twisted ischemic adnexa. Jsls 2003;7(4):295-9.
18. Vancaille T, Schmidt EH. Recovery of ovarian function after laparoscopic treatment of acute adnexal torsion. A case report. J Reprod Med 1987;32(7):561-2.
19. Levy T, Dicker D, Shalev J, Dekel A, Farhi J, Peleg D, et al. Laparoscopic unwinding of hyperstimulated ischaemic ovaries during the second trimester of pregnancy. Hum Reprod 1995; 10(6):1478-80.
20. Shalev E, Bustan M, Yarom I, Peleg D. Recovery of ovarian function after laparoscopic detorsion. Hum Reprod 1995;10 (11):2965-6.
21. Busine A, Murillo D. [Conservative laparoscopic treatment of adnexal torsion during pregnancy]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1994;23(8):918-21.
22. Oelsner G, Bider D, Goldenberg M, Admon D, Mashiach S. Long-term follow-up of the twisted ischemic adnexa managed by detorsion. Fertil Steril 1993;60(6):976-9.
23. Taskin O, Birincioglu M, Aydin A, Buhur A, Burak F, Yilmaz I, et al. The effects of twisted ischaemic adnexa managed by detorsion on ovarian viability and histology: an ischaemia-reperfusion rodent model. Hum Reprod 1998;13(10):2823-7.