

# Polihidramniyotik Term Bir Gebede Uterus Torsiyonu: Olgu Sunumu

## Uterine Torsion in a Polyhydramniotic Term Pregnant Woman: Case Report

Ghanim KHATIB,<sup>a</sup>  
Ümran KÜÇÜKGÖZ GÜLEÇ,<sup>a</sup>  
Selim BÜYÜKKURT,<sup>a</sup>  
Ahmet Barış GÜZEL,<sup>a</sup>  
İ. Cüneyt EVRÜKE,<sup>a</sup>  
Fatma Tuncay ÖZGÜNEN<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Adana

Geliş Tarihi/Received: 31.12.2012  
Kabul Tarihi/Accepted: 18.02.2013

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Ghanim KHATIB  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Adana,  
TÜRKİYE/TURKEY  
ghanim.khatib@gmail.com

**ÖZET** Gebelikte uterin torsiyon nadir görülen bir durum olup, uterusun kendi uzun aksı etrafında 45°den fazla dönmesi şeklinde tanımlanır. Literatürde 60°den 720°ye kadar uterin torsiyonu olan vakalara rastlamak mümkündür. Uterus fibroidleri, uterin anomaliler, overyan kitleler, pelvik patolojiler ve adezyonlar başlıca predispozan faktörlerdir. Abdominal ağrı ve uterin hassasiyet en sık görülen semptomlardır. Uterin torsiyonların %11'i asemptomatik olabilir. Bu yazıda, kliniğimizde polihidramniyotik term bir gebede, sezaryen sırasında 90°lik uterin torsiyonu tespit edilen bir olgunun yönetimi literatür eşliğinde tartışıldı. Operasyonda torsiyone uterus batın içinde detorsiyone edilmeye çalışıldı ancak başarılı olunamadı. Eksternal müdahale ile uterusun repozisyonu sağlanarak alt segment sezaryen yapıldı. Bu müdahale ile insizyonun aşırı büyütülmesi engellenmiş ve pelvik yapıların (üreter, damarlar, adneksler gibi) olası yaralanmasından kaçınılmış oldu.

**Anahtar Kelimeler:** Uterus; torsiyon anormalliği; gebelik; polihidramniyoz; histerotomi

**ABSTRACT** Uterine torsion in pregnancy is a rare seen condition and defined as the rotation of the uterus around its longitudinal axis more than 45°. In the literature, it is probable to encounter torsion of the uterus from 60° to 720°. Uterine fibroids, uterine anomalies, ovarian masses, pelvic pathologies and adhesions are the main predisposing factors. Abdominal pain and uterine tenderness are the most seen symptoms. About %11 of these cases may be asymptomatic. In this paper, management of a case with 90° torsion of the uterus in a polyhydramniotic term pregnant woman which encountered during cesarean section in our clinic is discussed in the light of the literature. Intraoperatively, detorsion of the uterus inside abdomen was attempted but not successful. Uterine reposition was obtained by an external intervention, and then low segment cesarean was performed. With this intervention, excessive expansion of the incision was prevented and a possible injury of the pelvic structures such as vessels, ureter, adnexa was avoided.

**Key Words:** Uterus; torsion abnormality; pregnancy; polyhydramnios; hysterotomy

**Türkiye Klinikleri J Case Rep 2013;21(1):35-9**

Uterusun kendi longitudinal eksenini etrafında 45°den fazla dönmesi uterin torsiyon olarak tanımlanır.<sup>1</sup> Obstetrikte nadir rastlanan bu olay ilk olarak 1863'te Virshov tarafından tarif edilmiştir.<sup>2</sup> Doğum esnasında, doğum sonrasında ve gebeliğin tüm trimesterlerinde görülebilir.<sup>3</sup> Literatürde 60°den 720°ye kadar uterin torsiyonu olan vakalara rastlamak mümkündür. Uterus fibroidleri, uterin anomaliler, overyan kitleler, pelvik patolojiler ve adezyonlar başlıca predispozan faktörlerdir.<sup>1,2</sup> Genelde akut batın tablosuyla karşımıza çıkar, ancak %11 civarında asemptomatik de

seyredebilir.<sup>4,5</sup> Çalışmamızda, kliniğimizde rastladığımız bu nadir durumun yönetimini literatür bilgileri ışığında tartışıp, meslektaşlarımıza aktarmak istedik.

## OLGU SUNUMU

Kırk bir yaşında, G5P2A0D&C2, SAT'a göre 36 hafta 5 günlük gebe hasta dış merkezden polihidramniyoz, makrozomik fetüs ve gestasyonel diabetes mellitus (GDM) nedeniyle kliniğimize sevk edildi. Hastanın önceki gebeliklerinin ikisinin vajinal yoldan doğum ile sonuçlandığı ve çocukların sağlıklı olduğu, diğer iki gebeliğinin ise, istenmeyen gebelik nedeniyle küretaj ile sonlandırıldığı öğrenildi. Hastanın öyküsünden bu gebeliğinde ileri anne yaşı nedeni ile önerilen karyotipleme kabul etmediği ve 2. trimester ultrasonografik taramasının normal olduğu öğrenildi. Ayrıca 50 g glukoz tarama testinde 1. saat değerinin 214 olması nedeni ile GDM tanısının konulduğu, 1800 kcal lik diyet önerildiği ve kan şekerlerinin 76-172 arasında seyrettiği ifade edildi. Yapılan ultrasonografik (USG) incelemede; BPD:38+4 (50-95P), FL:38+1 (50-95P) ve AC:39+1 (>95P) hafta ile uyumlu, plasentası posterior duvarda normal, amniyotik sıvı indeksi 25 cm, baş prezentasyonunda ve yapısal anomalisi saptanmayan canlı tek fetüs izlendi. Vajinal muayenesinde fetal baş angaje olmamış, serviks posteriorda, nispeten sert, 1 cm açık ve %10-20 efasmanı olduğu saptandı. Hasta kan şekerinin takip edilmesi ve fetal iyilik halinin gözlemlenmesi için servise yatırıldı. Bakılan rutin kan sayımı, biyokimyasal ve idrar tetkikleri olağandı. HbA1C ise 6,3 olarak saptandı. Açlık ve tokluk kan şekerleri sırasıyla 74-157, 114-167 arasında seyretti. Yatışın üçüncü gününde travmayı başlayan hastanın polihidramniyozu göz önünde bulundurularak prezentasyon açısından tekrar USG bakıldı. USG'de fetüsün transvers situsta olduğu gözlemlendi. Hastanın yapılan kontraksiyon takibinde 2-3 dakikada bir gelen ve 50-90 sn süren ağrıları olduğu saptandı. Ağrılar doğum sancıları ile uyumlu olup batında hassasiyet, defans veya rebaund saptanmadı. Vajinal muayenede poş prolabe, 4-5 cm açıklık ve %40-50 servikal silinme bulundu. Önde gelen kısmın poş içinde üst ekstremiteler olduğu düşünüldü ve

hasta acil sezaryene alındı. Pfannenstiel insizyon ile batına girildiğinde uterusun ön yüzü yerine sağ over, tuba, round ligament ve damarsal yapılarla karşılaşıldı ve uterusun saatin ters yönünde 90° döndüğü anlaşıldı (Resim 1). Uterus batın içinde doğal haline döndürülmeye çalışıldı ancak başarılı olunamadı. Cerrah sol dirsek ve ön kolu yardımı ile hastanın sağ umbilikal kadran bölgesinde uterusu iterek normal pozisyona getirdi ve sol eliyle uterusun ön yüzünü sabitleyerek, alt segmentin yaklaşık 2-3 cm üstünden histerotomi insizyonunu gerçekleştirdi. APGAR 9-10, 3580 g, erkek bebek doğurtuldu. Batın içi organlar palpe edildi ve normal olarak değerlendirildi. Batın içinde kitle veya herhangi bir anormal oluşum saptanmadı. Adneksler doğal idi ve uterus fundusun sağ köşesinde yaklaşık 4x3 cm boyutunda intramural komponenti de bulunan subseröz miyomu dışında anormal bulgusu yoktu (Resim 2a,b). Tüpleri bağlatma isteği de bulunan hastaya Pomeroy usulü tüp ligasyonu yapıldıktan sonra, uterus batın içine yerleştirilince normal pozisyonunda olduğu görüldü (Resim 3).

## TARTIŞMA

Uterus torsiyonu, obstetrik veterinerlikte bilinen bir komplikasyon olmasına rağmen, bu komplikasyonun insan gebeliğinde görülmesi nadir bir durum olup 1992'ye kadar literatüre 218 vaka bildirilmiştir.<sup>6,7</sup> Literatüre bildirilen vakaların çoğu 180° tor-



**RESİM 1:** Batına girilince uterusun 90° torsiyone olduğu görüldü, üstten aşağıya doğru sırasıyla sağ over, tuba, venöz pleksus ve round ligament görülmektedir.

(Renkli halii için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/turkiye-klinikleri-journal-of-case-reports/1300-0284/tr-index.html>)



**RESİM 2a:** Alt segmentin yaklaşık 2-3 cm üstünden gerçekleştirilen uterus insizyonu gösterilmiştir (ok başları). Tubalar ve overlerin doğal ve zarar görmemiş görüntüsü (oklar).

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/turkiye-klinikleri-journal-of-case-reports/1300-0284/tr-index.html>)



**RESİM 2b:** Uterusun arkadan görüntüsü. Uterus fundusunun sağ köşesinde yaklaşık 4x3 cm boyutunda intramural komponenti de bulunan subseröz miyom ve doğal adneksler görülmektedir.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/turkiye-klinikleri-journal-of-case-reports/1300-0284/tr-index.html>)



**RESİM 3:** Uterus batin içine yerleştirildikten sonra normal pozisyonunda olduğu görülmektedir.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/turkiye-klinikleri-journal-of-case-reports/1300-0284/tr-index.html>)

siyonlar olmakla birlikte, vakaların %9'u daha fazla torsiyon gösterebilir.<sup>2,7</sup> Hatta literatürde histerektomi ve ooferektomi gerektiren 720°'ye varan torsiyon vakaları mevcut olup, daha önce kliniğimizde de rastlanmıştır.<sup>1,6</sup> Vakaların 2/3'ü sağa torsiyonedir.<sup>6</sup> Uterus torsiyonu gebe olmayanlarda, gebeliğin tüm trimesterlerinde, doğumda ve doğum sonrası dönemde görülebilir.<sup>2,3</sup> Genelde akut başlangıçlıdır, ancak %11 civarında asemptomatik seyredebilir.<sup>4,5</sup> Semptomlar torsiyonun derecesine ve süresine bağlı olarak değişmekle beraber en sık abdominal ağrı ve uterin kramplar görülür. Vajinal kanama, ilerlemeyen eylem, intestinal ve üriner semptomlar, maternal şok, fetal distress, fetal hareketlerde azalma, fetal taşikardi ve bradikardi de görülebilecek diğer belirtilerdir.<sup>2,4,6,7</sup> Vajen aksında kıvrılma, üretra ve rektumun helezon şeklinde dönmesi, servikal kıvrılma, serviksin yukarıya ve yanlara doğru çekilmesi ve 90°'lik ve katları olan torsiyonlarda uterin arterlerin nabızlarının ön ve arka fornikte alınması uterin torsiyonu düşündürecek özgün vajinal muayene bulgularıdır.<sup>1,3,8</sup> Overlerin serviks ile yer değiştirmesi ve plasental lokalizasyon değişikliğinin saptanması USG'de bulunabilecek diğer bulgulardır.<sup>3,4</sup> Ayrıca önde yer değiştiren venöz plexusun Doppler ile görülmesi söz konusu olabilir.

Uterin torsiyon %20 civarında idiyopatik olup, belli bir nedene bağlanmamakla birlikte, birçok predispozan faktör bildirilmiştir. Miyomlar başta olmak üzere, uterin anomaliler, overyan kitleler, pelvik adezyonlar, kemik pelvis ve omurga anomalileri, mesane ve rektum gibi pelvik organlara ait patolojiler veya anatomik bozukluklar sayılabilecek başlıca maternal faktörlerdir.<sup>2,4-6</sup> Bunun dışında maternal travmaya bağlı bildirilen vakalar mevcut olup en dikkat çekici olanı Salani ve ekibi tarafından eksternal versiyon işlemine bağlı gelişen vakadır.<sup>7</sup> Ayrıca anormal fetal pozisyonlar ve prezentasyonlar da, fetüse ait faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır.<sup>4,5</sup> Bazı yazarlar, herhangi bir nedenin eşlik etmediği %20'lik uterin torsiyon vakalarını göz önünde bulundurarak, olayın oluşmasında başka nedenlerin de rol oynayabileceğini bildirmektedirler. Örneğin, yapısal olarak veya önceki gebeliklere ve özellikle sezaryen gibi uterusu

yönelik girişimlere bağlı alt uterin segmentte zayıflık gelişebilmekte ve uterin torsiyona zemin hazırlayabilmektedir.<sup>9</sup> Bizim vakayı göz önünde tutarak tüm bu hazırlayıcı faktörler düşünüldüğünde, transvers situs ve miyomun rol oynamış olabileceği akla gelmektedir. Ancak miyomun küçük olduğu, transvers duruşun yeni oluşmuş olduğu ve bizim vakanın daha çok asemptomatik bir seyir gösterdiği göz önünde bulundurulduğunda, hem transvers duruşun hem de miyomun bu duruma zemin hazırlayabilecek yeterli nedenler olmayabileceğini düşündürmektedir. Literatürde ikiz gebelik, makrozomik fetüs ve büyük miyomların eşlik ettiği uterin torsiyon vakaları bildirilmiştir.<sup>3,6,10</sup> Bildiğimiz kadarı ile şimdiye kadar uterus torsiyonuyla polihidramniyoz ilişkilendirilmemiştir. Polihidramniyoz uterusu önemli derecede büyüten bir durumdur. Literatürdeki uterin torsiyon vakalarının önemli bir kısmı 3. trimesterde rastlanmaktadır. Tüm bu kanıtlar düşünüldüğünde uterusun büyüdükçe torsiyone olma ihtimali artmaktadır gibi bir yorum yapmak mümkündür. Bu yüzden vakamızdaki torsiyona en çok katkıda bulunan olayın polihidramniyozun olduğunu düşünmekteyiz.

Torsiyonun derecesi ve gebeliğinin haftası maternal ve fetal prognozun en önemli belirleyicileridir. Fetal mortalite %12 civarında belirtilirken, 1960 yılından beri sadece bir maternal ölüm vakası bildirilmiştir.<sup>2,6</sup> Durumun nadir olması nedeniyle, genelde uterin torsiyonun tanısı preop dönemde atlanır ve ancak operasyon sırasında konur, hatta özellikle 180°lik torsiyonlarda posterior histerotomi ve bebek doğurtulduktan sonrasına kadar anlaşılabilir. Bu yüzden preoperatif tanı için öncelikle şüphelenmek ve özellikle plasental lokalizasyon değişikliği gibi muayenede uterin torsiyonun bulgularını aramak gerekir.<sup>4</sup> Bizim vaka birebir travay sancılarına uyduğundan dolayı uterin torsiyondan şüphelenilmedi. Hatta vakanın asemptomatik olduğu kanaatindeyiz.

Uterin torsiyon ile karşılaşıldığı zaman anatomik yapıların oryantasyonunu anlamak ve torsiyon

nun derecesini belirlemek önemlidir. Bu amaçla kullanılabilecek en iyi referans noktası round ligamandır.<sup>4</sup> Uterus detorsiyone edildikten sonra alt segment sezaryen gerçekleştirilir. Ne yazık ki, detorsiyon işlemi her zaman mümkün olmayabilir. Joseph ve ark. detorsiyone edemedikleri 90°lik uterin torsiyonlu bir vakayı bildirdiler, ancak yazılarında sezaryen şeklinin nasıl yapıldığına dair bilgi bulunamadı.<sup>10</sup> Detorsiyon amacıyla insizyonun büyütülmesine gidilebilir. Uterus normal anatomik pozisyonuna getirilemezse posterior histerotomi uygulamak zorunda kalınabilir ve uterusu transvers veya vertikal kesiler yapılabilir. Bebek doğumu ve uterin insizyonun onarımı sonrası uterus eski pozisyonuna getirilir. Posterior histerotominin uterin damarları ve üreterleri zedeleyebilme riskinin yanında adezyon oluşumuna neden olabileceği bildirilmektedir.<sup>3,4</sup> Erken lohusalık döneminde torsiyonun tekrarlama riskini azaltabileceğini savunarak, round ligamanların plikasyonunu öneren yazarlar mevcuttur.<sup>11</sup> Bizim vakanın 90°lik torsiyonu vardı. Eksternal müdahale ile uterusun repozisyonu sağlanarak alt segment sezaryen yapıldı. Bu müdahale ile insizyonun aşırı büyütülmesi engellenmiş ve olası damar, üreter, adneks ve diğer pelvik yapıların yaralanmasından kaçınılmış oldu.

Sonuç olarak, gebelikte özellikle üçüncü trimesterde ve polihidramniyoz gibi uterusu büyüten hadiseler varlığında, akut batını olan hastalarda uterin torsiyonun akılda tutulması gerektiğini, uterin torsiyon ile karşılaşıldığında potansiyel komplikasyonları önlemek için, özellikle internal detorsiyonda başarısız kalındığında, eksternal müdahale ile detorsiyonun sağlanabileceği ve bu amaçla gerekirse cerrahi ekibin dışında bir kişinin bu işlem için görevlendirilebileceğini vurgulamak isteriz.

### **Teşekkür**

*Prof.Dr. Naki TÛTÛNCÛ ve Dr. A. Reyhan KHATIB'a İngilizce ve Türkçe düzeltmeleri üzerindeki katkılarından dolayı teşekkür ederiz.*

## KAYNAKLAR

1. Özgünen T, Evrüke C, Kadayıfçı O, Kataya N. [A case report: an uterine torsion]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 1996;6(4):330-1.
2. Cook KE, Jenkins SM. Pathologic uterine torsion associated with placental abruption, maternal shock, and intrauterine fetal demise. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(6):2082-3.
3. Kolusarı A, Yıldızhan R, Kurdođlu M, Adalı E, Yıldırım N, Şahin HG, et al. [Uterine torsion in third trimester pregnancy: two case reports]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2009;19(6):368-70.
4. Dandawate B, Carpenter T. Asymptomatic torsion of pregnant uterus. *J Obstet Gynaecol* 2006;26(4):375-6.
5. Picone O, Fubini A, Doumerc S, Frydman R. Cesarean delivery by posterior hysterotomy due to torsion of the pregnant uterus. *Obstet Gynecol* 2006;107(2 Pt 2):533-5.
6. Jensen JG. Uterine torsion in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71(4):260-5.
7. Salani R, Theiler RN, Lindsay M. Uterine torsion and fetal bradycardia associated with external cephalic version. *Obstet Gynecol* 2006;108(3 Pt 2):820-2.
8. El-Taher SS, Hussein IY. Unexpected torsion of the gravid uterus. *J Obstet Gynaecol* 2004;24(2):177.
9. Rudloff U, Joels LA. Irreducible uterine torsion at caesarean section: how to deliver? *J Obstet Gynaecol* 2003;23(1):76-7.
10. Joseph R, Irvine LM, Sanusi FA. Labour dystocia secondary to uterine torsion in twin pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2008;28(6):649.
11. Pelosi MA 3rd, Pelosi MA. Managing extreme uterine torsion at term. A case report. *J Reprod Med* 1998;43(2):153-7.