

Gebelikte Akut Batına Yol Açan Bağımsız İki Patolojinin Laparoskopik Olarak Başarı ile Yönetilmesi: Olgu Sunumu

Samet TOPUZ Ahmet Cem İYİBOZKURT, Umut BARBAROS*, Oğuzhan KURU, İbrahim KALELİOĞLU,
Sinan BERKMAN

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, *Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Özet

Giriş: Gebelikte akut batına yol açmış iki bağımsız patolojinin laparoskopisi ile başarıyla yönetildiği bir olgu sunuyoruz.

Olgu: 24 yaşında, G1P0A0, tıbbi özgeçmişinde özellik olmayan 13 haftalık gebe kliniğimize bir gündür devam eden sağ alt kadranda ağrısı yakınması ile başvurdu. Fizik muayenede batin sağ alt kadranda palpasyonla hassasiyet ve rebound bulgusu dışında özellik saptanmadı. Transvaginal USG ve manyetik rezonans inceleme ile 13 haftalık gebelik, torsiyone paraovaryan kitle ve apendisit tanısı kondu. Laparoskopik eksplorasyonda sağ over üst komşuluğunda 4-5 cmlik torsiyone soliter yapı izlendi. Apendiks dilate görünümdeydi. Paraovarian kitle eksterpe edildi, appendektomi yapıldı. Patoloji sonucu apendisit ve torsiyone tekoma olarak geldi.

Sonuç: Gebelikte akut batına yol açan patolojilerin yönetilmesinde belirli koşullara uyulursa laparoskopisi iyi bir yöntemdir

Anahtar kelimeler: Gebelik, akut batin, laparoskopisi

Yazışma Adresi:

Dr Samet Topuz
Erzurum Sitesi palandöken sok. Yazıcı Apt. 14/1 Daire 4,
Altunizade İstanbul
e-mail: samettopuz@yahoo.com
Tel: 0532 563 75 97

Abstract

Successful management of two different pathologies caused acute abdomen in pregnancy: Case presentation

Introduction: The diagnosis and management of acute abdomen in pregnancy is a challenging situation for an obstetrician. We present a case of 13 weeks of pregnant woman, managed with laparoscopy with symptoms of acute abdomen caused by both acute appendicitis and torsioned ovarian thecoma simultanously.

Case: A 24-years old G1P0A0 woman who had 13 weeks of pregnancy was admitted with symptoms of right lower quadrant pain. She had signs and physical findings consistent with acute abdomen. Transvaginal USG and pelvic MRI revealed singleton 13 weeks pregnancy, torsioned paraovarian mass and acute appendicitis. A dilated appendix and a right torsioned solid paraovarian mass were found during laparoscopic exploration. The torsioned paraovarian mass was extirpated and appendectomy was performed. Pathologic examination resulted with appendicitis and torsioned thecoma.

Conclusion: Laparoscopy is a suitable procedure for managing pregnant patients with acute abdomen, in case of obeying certain rules.

Key Words: Pregnancy, acute abdomen, laparoscopy

Giriş

Gebelikte akut batının tanısı ve yönetimi kadın doğum hekimi için çeşitli zorluklar içerebilir. Gebe olmayan kadında akut batına yol açan tüm sebepler gebe kadında da akut batına yol açabilir. Gebelikte akut batın yapan en sık jinekolojik patoloji over torsiyonu iken gebelik dışı sebepler arasında 1/1500 insidens ile akut appendisit yer alır (1-3). Ancak literatürde bu ikisinin eşzamanlı birlikteliği bildirilmemiştir.

Bu yazımızda laparoskopik olarak başarıyla yönetilen 13 haftalık bir gebelikte akut batına yol açan eş zamanlı torsiyone paraovaryen kitle ve akut appendisit olgusu sunuyoruz.

Olgu

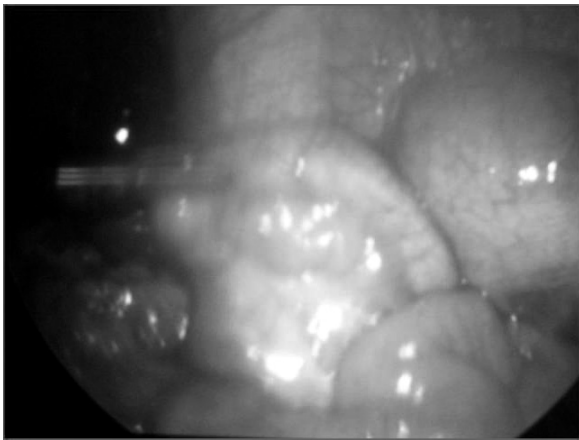
24 yaşında G1P0 kadın hasta İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Acil Polikliniğine bir günden bu yana devam

eden sağ alt kadranda ağrısı yakınması ile başvurdu. Medikal ve cerrahi özgeçmişinde özellik saptanmadı. Sağ alt kadranda hassasiyet ve rebound dışında fiziksel muayenesi normal bulundu. TA 100/70 mmHg, NDS 80, ateş 36.2 C°, Hct %33, lökosit 10.000/mm³ olarak bulundu. Transvaginal ultrasonografide fetal kardiyak aktivitesi olan 13 haftalık tekiz gebelik, sağ paraovaryen alanda 48x34 mm'lik hiperekojen solid oluşum saptandı. Ayırıcı tanıda torsiyone paraovaryen bir kitle ve dejenere myom düşünüldü. Yapılan manyetik rezonans incelemesinde erken aşamada akut appendisit ve sağ adneksiyel alanda 40x45 mm'lik periferinde hemorajik komponenti olan ve kontrast tutan kitle saptandı (resim 1). Sağ overden belirsiz bir sınırla ayrılmaktaydı. Her iki parakolik alanda ve pelviste minimal sıvı izlendi. Hastadan acil cerrahi konsültasyonu istendi. Acil cerrahi konsültasyonunda



Şekil 1. Koronal pelvik manyetik rezonans görüntüleme dilate appendiks (düz ok) ve torsiyone paraovaryen kitle (kıvrık ok)

hastanın bulguları akut appendisit ile uyumlu bulundu. Mevcut bulgularla laparoskopisi kararı alındı. Açık laparoskopisi yöntemi kullanılarak batına girildi. Batın içi CO₂ basıncı 12 mmHg ile sınırlı tutuldu. Laparoskopik gözlemede dilate bir appendiks (resim 2) ve sağ over üst polüne yakın torsiyone 4-5 cm'lik so-



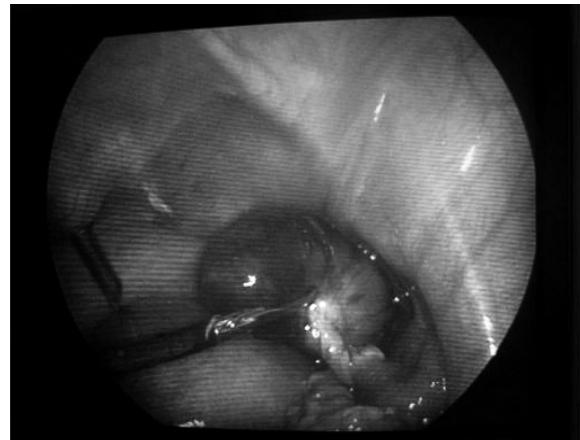
Şekil 2. Laparoskopide dilate apenksin görünümü

lid kitle (resim 3) izlendi. Torsiyone paraovaryen kitle pedikülüne klip koyulup kesilerek endobag içinde batın dışına alındı. Takiben laparoskopik apendektomi yapıldı. Torsiyone paraovaryen kitlenin frozen incelemesi mezenkimal tümör olarak geldi. Hasta postoperatif ikinci gününde sorunsuz taburcu oldu ve sorunsuz bir gebelik sürecinden sonra miadında normal spontan doğum yaptı. Patolojik inceleme sonucu appendisit ve torsiyone nekroze fibrotekoma ile uyumlu geldi.

Tartışma

Gebelikte en sık akut akut batın sebepleri içinde jinekolojik olarak torsiyone over, non-jinekolojik olarak akut appendisit yer alır. Ancak her iki patolojinin eş zamanlı bir olguda görülmesi literatürde bildirilmemiştir. Bizim olgumuzda birbirinden bağımsız iki ayrı patoloji olan torsiyone paraovaryen kitle ve akut appendisit eşzamanlı görülmüştür.

Gebelikte özellikle akut batına yol açan non-jinekolojik etyolojilerin tanısında çeşitli güçlükler yaşanabilir (4). Akut batına yol açan hastalıklarda görülen bulantı, kusma karın ağ-



Şekil 3. Laparoskopide torsiyone paraovaryen kitle

rısı bir dereceye kadar gebelerde de görülebilir. Lökosit sayısında artma (9-10 000/mm³) doğum anında çok daha fazla (40.000/mm³) olmak üzere gebelerde rastlanabilen bir durumdur. Gebelikte amilaz seviyeleri yükselir ancak pankreatit ve kollesistitde bu yükselme daha belirgindir. Diğer yandan gebelik boyunca appendisit lokalizasyonu yer değiştireceği için apendisitin klasik bulgularını gebelerde saptamak mümkün olmayabilir. Appendiks gebeliğin üçüncü ayından itibaren yukarıya doğru yer değiştirir, altıncı ayda iliak kanatlar hizasına gelir postpartum 10. günde normal yerine döner (5). Diğer yandan büyüyen uterus ile birlikte omentumda yer değiştireceği için omentumun olası komplikasyonları sınırlama yeteneği azalacaktır.

Gebelerde akut appendisit insidansı 1/1500 sıklıkla gebe olmayanlar ile aynı düzeydedir (6). En sık görüldüğü trimester %40 ile ikinci trimesterdir (7). Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişikliklerin tanıya yarattığı güçlükler nedeniyle %25'lere varan oranda negatif laparotomi yapmak gerekebilir (8). Ultrasonografide kalınlaşmış komprese olmayan kör uçlu appendiksi görmek tanıya yardımcı olur. Tanıda gecikme enfekte appendiksin perforasyonuna maternal septisemiye ve erken doğuma yol açabilir. Fetal mortalite nonperfore appendisit olgularında %1.5 iken, perfore olgularda %20-35'lere çıkabilmektedir (9). Bizim olgumuzda söz konusu tanı güçlükleri yaşanmamış olup akut batın tablosundaki hastanın eşzamanlı iki bağımsız patolojisi olduğu preoperatif dönemde doğru olarak tanınmıştır. Akut batın tablosundan hangi patolojinin daha çok sorumlu olduğunu saptamak bizim olgumuzda mümkün olmamıştır.

Gebelikte akut batın saptandığı zaman sebebe yönelik müdahale yapmak gerekir. Cer-

rahi müdahale gerekecek ise laparotomi nöminvaziv bir yöntem olarak gebelikte kullanılabilir (10). Ancak gebe hastada laparotomi yaparken birtakım kurallara dikkat etmek gerekir (11). Büyüyen uterus batına girecek trokarın veya veres iğnesinin hedefi olabilir. Bu komplikasyondan kaçınmak için açık laparotomi yöntemi ile batına girilmesi önerilmektedir. Diğer yandan büyük uteruslarda göbek üstü alandan batına girmek olası uterus travması riskini azaltacaktır. 16 haftadan büyük gebeliklerde laparotomi yöntemi önerilmektedir (12). Gebelikte laparotomi yapılmasında endişe edilen diğer konulardan birisi de batın içi artan CO₂ basıncının fetusta dolaşımı bozup asidoza yol açıp açmayacağıdır. Gebelikte laparotomi ile ilgili en geniş seriler laparoskopik kollesistektomiye ait olanlardır (13,14). Bu çalışmalarda gebelikte laparotomi yapılmasının fetusta asidoza yol açmadığı gösterilmiştir. Ancak yine de gebelerde laparotomi yapılırken batın içi CO₂ basıncının düşük tutulması (12 mmHg) önerilmektedir. Olgumuzda erken tanı sayesinde laparotomi başarılı ile uygulanmış ve kurallara uygun olarak açık laparotomi ile batına girilip, batın içi CO₂ basıncı 12 mmHg ile sınırlı tutulmuş ve tedavi başarılı bir şekilde sonuçlandırılmıştır. Postoperatif dönemde sorun yaşamayan hastamız sorunsuz bir gebelik sürecinden sonra miadında normal spontan doğum yapmıştır.

Gebelerde saptanan karın ağrılarının ayırıcı tanısında patolojik olmayan sebeplerin de bulunduğunu unutmamak gerekir. Gebelerin %10-30'unda büyüyen uterusun round ligamenti germesiyle oluşan round ligament ağrıları görülebilir. Karın ağrısına yol açan diğer bir sebep Braxton-Hicks kasılmalarıdır. Bu kasılmalar genellikle gebeliğin ikinci yarısında

görülen düzensiz, progresif olmayan sıklığı ve süresi değişken ve servikal açıklığa yol açmayan kasılmalardır.

Klinisyen akut batın semptomları ile gelen bir hastada olası tüm etyolojileri düşünmelidir. Etiyolojilerin arasında çoğunlukla non-jinekolojik sebepler yatmakla birlikte bazen jinekolojik sebepler hatta çok nadiren her ikisi de yer alabilir. Gebe kadında akut batın yönetiminde temel prensipler gebe olmayan ile aynıdır. Tanıda yaşanan olası gecikme hem anne hem de fetus için morbiditeyi artıracığı için erken tanı ve uygun müdahale esastır (15,16). Uygun hasta seçimi ve temel prensiplere uyulduğu takdirde gebede akut batın yönetiminde laparoskopisi uygun bir cerrahi seçenektir.

Kaynaklar

1. Saunders P, Milton PJD. Laparotomy during pregnancy. Assessment of diagnostic accuracy and fetal wastage. Br. Med.J. 1983;3:165-7.
2. Babaknia A, Parsa H, Woodriff JD. Appendicitis during pregnancy. Obstet Gynecol 1977; 50:40-4.
3. Sharp HT. Gastrointestinal surgical conditions during pregnancy. Clin Obstet Gynecol 1994;37:306.
4. Kennedy A. Assessment of acute abdominal pain in the pregnant patient. Semin Ultrasound CT MR 2000; 21: 64-77.
5. Baer JL, Reis RA, Arens RA. Appendicitis in pregnancy with changes in position and axis of the normal appendix in pregnancy. JAMA 1932;52:1359-64.
6. Mazze RI, Kallen B. Appendectomy during pregnancy: a Swedish registry study of 778 cases. Obstet Gynecol 1991;77:835-40.
7. Cunningham FG, McCubbin JH. Appendicitis complicating pregnancy. Obstet Gynecol 1975;45:415-20.
8. Horowitz MD, Gomez GA, Santiesteban R. Acute appendicitis during pregnancy: diagnosis and management. Arch Surg 1985; 120: 1362-7.
9. Kammerer W. Non-obstetric surgery during pregnancy. Med Clin North Am 1979;63:1157-64.
10. Guidelines for laparoscopic surgery during pregnancy [Editorial]. Surg Endosc. 1998;12:189-90.
11. Andreoli M, Serakov M, Meyers P et al. Laparoscopic surgery during pregnancy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1999; 6: 229-33.
12. Amos JD, Schorr SJ, Norman PF, et al. Laparoscopic surgery during pregnancy. Am J Surg. 1995;171:435-7.
13. Steinbrook RA, Brooks DC, Datta S. Laparoscopic cholecystectomy during pregnancy. Surg Endosc. 1996;10: 511-5.
14. Junghans T, Bohm B, Grundel K, Schwenk W. Effects of pneumoperitoneum with carbon dioxide, argon, or helium on hemodynamic and respiratory function. Arch Surg. 1997;132:272-8.
15. Schreiber JH. Laparoscopic appendectomy in pregnancy. Surg Endosc 1990;4: 100 -102
16. Shea JA, Healey MJ, Berlin JA, et al. Mortality and complications associated with laparoscopic cholecystectomy: a meta analysis. Ann Surg 1996;224:609-12.