

Izolowany skręt torbieli okołojajowodowej w ciąży – opis przypadku

Dobrosława L. Sikora-Szcześniak¹, Zenon Michalak¹, Grzegorz Szcześniak², Wacław Sikora¹, Robert Rojewski²

¹ Radomski Szpital Specjalistyczny, Oddział Ginekologiczno-Położniczy

² Radomski Szpital Specjalistyczny, Oddział Chirurgii Ogólnej

Sikora-Szcześniak DL, Michalak Z, Szcześniak G, Sikora W, Rojewski R. Izolowany skręt torbieli okołojajowodowej w ciąży – opis przypadku. Med Og Nauk Zdr. 2013; 19(3): 230–233

Streszczenie

Skręt przydatków zarówno w położnictwie, jak i w ginekologii zaliczany jest do stanów nagłych. Najczęściej dochodzi do skrętu szypuły naczyniowej jajnika i jajowodu, torbieli okołojajnikowej lub – rzadziej – samego jajowodu. Izolowany skręt torbieli okołojajowodowej jest niezwykle rzadkością. Opisano przypadek pacjentki 31-letniej, u której w 37 tygodniu II ciąży doszło do skrętu torbieli okołojajowodowej prawostronnej. Ze względu na podejrzenie zapalenia wyrostka robaczkowego zdecydowano się na wykonanie laparotomii. Jednocześnie postanowiono również o wcześniejszym – w trybie nagłym, przed terminem porodu – zakończeniu ciąży cięciem cesarskim, zaplanowanym wcześniej ze wskazań neurologicznych.

Słowa kluczowe

torbiel okołojajowodowa, ciąża, skręt torbieli, laparotomia

WSTĘP

Schorzenia przydatków są rzadkim powikłaniem ciąży. Ich występowanie ma miejsce u 0,5% do 2,2% ciężarnych [1]. Dostępność badań ultrasonograficznych sprawia, że zarówno zmiany czynnościowe jajników, jak i nowotworowe łagodne wykrywane są już w pierwszym trymestrze ciąży, podobnie jak zmiany złośliwe jajnika; występujące jednak w ciąży rzadko – 1/10000 do 1/50000 porodów [2, 3, 4].

W ostatnim trymestrze ciąży możliwości diagnostyczne wszelkiego rodzaju zmian chorobowych przydatków, w tym nowotworowych, są ograniczone. Stąd większość (89%) rozpoznawanych zmian chorobowych przydatków w czasie ciąży stwierdzana jest w czasie cięcia cesarskiego.

Skręcenie przydatków może dotyczyć całości przydatków (obejmować jajnik i jajowód jednocześnie) lub dotyczyć tylko poszczególnych ich składowych struktur.

Izolowany skręt jajowodu jest rzadkim schorzeniem i często trudnym do zdiagnozowania. Częstość występowania wynosi 1/1.500.000 kobiet [5, 6].

Opisano również przypadek obustronnego izolowanego skrętu chorobowo zmienionych jajowodów leczony laparoskopowo [7].

Samborska M. i wsp. odnotowali, że wśród torbieli surowiczych przydatków, stwierdzonych w czasie cięć cesarskich, 61 % stanowiły torbiele okołojajowodowe [8]. Ich obecność wymieniana jest jako jeden z czynników etiologicznych mogących mieć wpływ na wystąpienie skręcenia jajowodu w ciąży [9, 10, 11].

W przypadku skręcenia struktur przydatków dominującym objawem jest ból w okolicy podbrzusza, po stronie narządu dotkniętego skrętem. Początek bólu jest nagły, ostry i może być przerywany. Nasila się przy nagłych zmianach pozycji ciała, może promieniować do pachwiny i uda. W wyniku skrętu dochodzi do zatrzymania powrotu żylnego

i limfatycznego ze skręconych przydatków, a postępującemu niedokrwieniu i zawałowi towarzyszyć może podwyższenie temperatury, leukocytoza, zwiększone stężenie CRP [5, 6, 7].

Leczenie objawowe (przeciwbólowe i przeciwwymiotne) może powodować okresowe ustąpienie objawów chorobowych i maskować objawy skrętu.

Opóźnienie leczenia skrętu struktur przydatków może powodować zastój żylny i limfatyczny, a następnie, gdy dochodzi do zastoju tętniczego i niedokrwienia, narządy mogą ulegać martwicy i zmianom zgorzelińskim, co może spowodować zapalenie otrzewnej i niedrożność jelit [12].

CEL PRACY

Celem pracy było zwrócenie uwagi na rzadkie powikłanie, jakim jest skręt różnych struktur przydatków w czasie ciąży. Przedstawiono objawy chorobowe i trudności diagnostyczne, jakie wystąpiły w ustaleniu prawidłowego rozpoznania przedoperacyjnego, w przypadku skrętu torbieli okołojajowodowej prawostronnej, u pacjentki będącej w 37 tygodniu drugiej z kolei ciąży.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka O. I., lat 31 (nr h. choroby 1476/2011), będąca w 37 tygodniu drugiej ciąży, została hospitalizowana w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym R. S. S w Radomiu w dniu 12.09.2011 r.

W dniach 13.02.–18.02.2009 r. pacjentka była leczona w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym Szpitala Miejskiego w Puławach. Hospitalizowana z rozpoznaniem: przepuklina jądra miazdzystego dysku L5/S1 (sekwestr); protruzja jądra miazdzystego dysku L4/L5.; radikulopatia lędźwiowa prawostronna z niedowładem stopy.

Operacja – w dniu 14.02.2009 r.: Fenestracja L5/S1 prawostronna z częściową facetektomią. Discektomia L5/S1 prawostronna. Spondylodeza międzytrzonowa L5/S1 – TLIF

Adres do korespondencji: Dobrosława L. Sikora-Szcześniak, ul. S. Perzanowskiej 37L, 26-600 Radom, e-mail: dosiass@wp.pl

Nadesłano: 24 sierpnia 2012; zaakceptowano do druku: 23 maja 2013

(klatka poliwęglanowa OIC firmy Stryker wypełniona kością własną). Poszerzona fenestracja odbarczająca zachyłek L4/L5 po stronie prawej.

Z powodu tej przebytej operacji – ze wskazań neurologicznych – została zakwalifikowana do elektywnego cięcia cesarskiego.

Do szpitala zgłosiła się z powodu silnych dolegliwości bólowych w okolicy lędźwiowej prawej, promieniujących do okolicy podbrzusza i kończyny dolnej prawej, oraz nudności i wymiotów.

Wywiad położniczy. Pierwsza miesiączka w 13 roku życia. Miesiączki regularne – co 28–30 dni, trwające 5–7 dni, niebolesne. W roku 2005 pacjentka urodziła drogami i siłami natury pierwsze dziecko – płci żeńskiej – donoszone, o masie ciała 3070 g.

Ostatnia miesiączka w dniach 28.12–01.01.2011 r. Dotychczasowy przebieg obecnej ciąży bez powikłań.

W badaniu przedmiotowym stwierdzono: brzuch miękki, lekko tkliwy w okolicy nad- i śródbrzusza, bez oporów patologicznych. Objawy otrzewnowe ujemne. Objaw Goldflama obustronnie ujemny. Temperatura ciała 37,1°C.

Badanie położnicze. Dno ciężarnej macicy sięga do wysokości łuków żebrowych. Napięcie mięśnia macicy prawidłowe. Akcja serca płodu ok. 140/min. Per vaginam: część pochwowa sformowana, kanał szyjki zamknięty, część przodująca – główka ruchoma, nad wchodem miednicy.

W badaniu ultrasonograficznym wykonanym w dniu przyjęcia do szpitala stwierdzono w jamie macicy płód żywy w położeniu podłużnym główkowym o szacunkowej masie ciała wg Hadlocka 3000 g, łożysko na ścianie tylnej o III^o dojrzałości wg Grannuma oraz prawidłową ilość płynu owodniowego. Biometria płodu: BPD – 91 mm, HC 320 mm, AC – 323 mm, FL – 71 mm.

KTG: zapisy reaktywne, czynności skurczowej macicy nie stwierdzono.

Zlecono przetaczanie płynów infuzyjnych (5% Glukoza. PWE, Sol. Ringeri), pobrano niezbędne badania laboratoryjne.

W badaniach laboratoryjnych z odchylen od stanu prawidłowego stwierdzono: leukocytoza $13,6 \times 10^3/\mu\text{L}$, zwiększony odsetek granulocytów obojętnochłonnych 89,3% (zakres referencyjny 50,0–70,0), zmniejszony odsetek limfocytów 7,4% (zakres referencyjny 25,0–40,0), podwyższone wartości w surowicy krwi fosfatazy zasadowej 122 U/l (zakres referencyjny 35–104), CRP – 0,57 mg/dl (norma 0,00–0,50).

Poproszono o konsultację chirurgiczną. Została zlecona kroplówka z lekami: przeciwbólowym i rozkurczowym (Pyralgina; 1 amp. \bar{a} – 2,5g/5 ml., Papaverinum hydrochl.; 2 amp. \bar{a} – 40 mg/2,0 ml. w 500 ml 0,9% NaCl), obserwacja stanu ogólnego pacjentki i ponowna konsultacja chirurgiczna.

W badaniu ultrasonograficznym narządów jamy brzusznej, poza stwierdzeniem w prawym płacie wątroby guzka o wymiarach 28×23117 mm, o charakterze naczyniaka, i niewielkiego, dyskretnego zalegania moczu w układzie miedniczkowo-kielichowym nerki prawej, innych nieprawidłowości nie stwierdzono.

W następnej dobie dolegliwości bólowe w okolicy podbrzusza prawego utrzymywały się, z zaznaczoną obroną mięśniową w tej okolicy przy badaniu palpacyjnym. Stwierdzono również nasilenie się bólu przy próbie poruszania się i chodzenia oraz żywą bolesność przy poruszeniu ciężarnej macicy.

Ze względu na fakt, że na podstawie całości obrazu chorobowego nie można było wykluczyć zapalenia wyrostka robaczkowego, zdecydowano wykonanie laparotomii i wcześniejsze – w trybie nagłym – zakończenie ciąży cięciem cesarskim.

W dniu 13 września 2011 roku wykonano cięcie cesarskie w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym. Jamę brzuszną otwarto cięciem pośrodkowym dolnym, załamek pęcherzowo-maciczny otrzewnej nacięto poprzecznie i zsunięto ku dołowi. Macicę nacięto poprzecznie w dolnym odcinku i za główkę urodzono płód płci męskiej w stanie ogólnym dobrym (Apgar 10 pkt) o masie ciała 3050 g. Udrożniono kanał szyjki macicy. Mięsień macicy zszyto dwuwarstwowo szwem ciągłym. Sprawdzono hemostazę i zszyto załamek pęcherzowo-maciczny otrzewnej.

Kontrola przydatków wykazała obecność skręconej, zmienionej martwiczo torbieli okołojajowodowej po stronie prawej o średnicy około 3,5 cm, którą wycięto w sposób typowy. Kontrola pozostałych narządów jamy brzusznej, w tym wyrostka robaczkowego, nie wykazała zmian chorobowych.

Wynik badania histopatologicznego (nr badania: – 873910–12/11) – krwotocznie zmieniona torbiel o średnicy 30 mm wypełniona wodojasną treścią, o gładkiej wyściółce, w sąsiedztwie strzępki jajowodu. Cystis serosa cum haemorrhagicae recens.

W okresie pooperacyjnym powikłań nie odnotowano. Położnica wypisana została wraz z dzieckiem – w stanie ogólnym dobrym – w trzeciej dobie po operacji.

DYSKUSJA

Izolowany skręt jajowodu w ciąży jest bardzo rzadkim schorzeniem. Phupong V. i wsp. odnotowali 1 przypadek na 120 000 ciąż [6].

W dostępnym piśmiennictwie natrafiono na jeden opis przypadku skrętu szypuły torbieli okołojajowodowej u 37-letniej pacjentki w ciąży [13].

Origoni M. i wsp. oraz Ergenoglu M. i wsp. dokonali podsumowania publikacji w piśmiennictwie światowym i podali, że od 1936 do 2010 roku opublikowano 20 opisów przypadków izolowanego skrętu jajowodu w ciąży; w różnych okresach jej zaawansowania [5, 11].

W ostatnich latach zostało opublikowanych następnych 5 prac omawiających ten rodzaj patologii w ciąży [12, 14, 15, 16, 17].

Skręcenie – również w czasie ciąży – dotyczy częściej struktur prawych przydatków. W przedstawionych 20 przypadkach ciąży, skręt jajowodu prawego odnotowano w 17 (85,0%), a lewego w 3 (15,0%) przypadkach. W 9 (45%) przypadkach odnotowano w skręconych jajowodach również obecność torbieli okołojajowodowych [11].

Rzadziej stwierdzany skręt struktur lewych przydatków tłumaczy się bliskością położenia esicy w stosunku do lewych przydatków, ograniczającą przestrzeń, w której mogłoby dojść do skręcenia oraz powolnym drenażem żylnym z prawej strony, co może prowadzić do zatorów. Innym powodem może być to, że więcej przypadków z powodu skrętu struktur prawych przydatków jest operowanych ze względu na podejrzenie zapalenia wyrostka robaczkowego, natomiast te same przypadki lewostronne mogą być pominięte, gdy dolegliwości chorobowe ustępują samoistnie [6, 12].

W ustaleniu rozpoznania przypadków skrętu struktur przydatków podkreślana jest rola wnikliwego wywiadu, który powinien pozwolić na przeprowadzenie rozpoznania różnicowego oraz na ukierunkowanie badania przedmiotowego i badań dodatkowych. Istotne jest zwrócenie uwagi na ostry początek choroby, a następnie często przemijające objawy chorobowe [18, 19].

Dolegliwości chorobowe związane ze skrętem różnych struktur przydatków stanowią o konieczności interwencji chirurgicznej w każdym okresie trwania ciąży [7]. W pierwszym trymestrze ciąży mogą stanowić zagrożenie dla dalszego rozwoju ciąży i być przyczyną poronienia [8]. W tym okresie ciąży zabieg laparoskopii umożliwia rozpoznanie i leczenie skrętu struktur przydatków [12, 18, 19].

W diagnostyce skrętu przydatków, jak i poszczególnych struktur tych narządów – jako przydatne prognostycznie – wymieniane jest w ostatnich publikacjach badanie CT i MRI miednicy mniejszej oraz ultrasonografia z zastosowaniem kolorowego i power angio-Dopplera, z wykorzystaniem techniki 3D/4D [5, 7, 11, 12, 17, 20, 21, 22].

W badaniach laboratoryjnych podkreślana jest przydatność oznaczania poziomu glikoproteiny CA 125. Wysokie stężenia współistnieją między innymi w przypadku skrętu lub zapalenia przydatków [23].

Jednak w czasie ciąży, przy występującym izolowanym skręcie jajowodu lub, jak w opisywanym przypadku, izolowanym skręcie torbieli okołojajowodowej, ostateczna diagnoza ma praktycznie miejsce w czasie zabiegu operacyjnego [11, 12].

Phupong V. i wsp. podają, że w analizowanych 13 przypadkach skrętu jajowodu w ciąży (w tym 1 w czasie porodu), ani jeden z nich nie został zdiagnozowany przed operacją [6].

W opisywanym przypadku, zaawansowanie ciąży, a także lokalizacja skręcenia torbieli okołojajowodowej po stronie prawej, utrudniły niewątpliwie właściwe ukierunkowanie postępowania diagnostycznego i postawienie prawidłowego rozpoznania przedoperacyjnego. Dolegliwości i objawy chorobowe były podobne jak przedstawiane w piśmiennictwie w przypadkach izolowanego skrętu jajowodu. Natomiast dobry stan ogólny pacjentki związany był zapewne z sytuacją, że masa tkanki dotkniętej skrętem i ulegająca martwicy była niewielka.

Interwencja chirurgiczna podjęta w takim stanie nagłym we właściwym czasie ma szczególne znaczenie także w aspekcie zachowania płodności, gdyż zwłoka w rozpoznaniu i leczeniu może prowadzić do utraty przydatków lub poszczególnych ich struktur [20, 24].

Jednocześnie ważne jest, by w schorzeniu tym – gdy jest to tylko możliwe – rozważyć zastosowanie konserwatywnego leczenia chirurgicznego. Takie leczenie jest możliwe, gdy detorsja przywraca ukrwienie. Jest to niezwykle istotne, szczególnie w wieku przedpokwitaniowym i u młodych kobiet, dla zachowania prawidłowej funkcji jajników i płodności pacjentek [25, 26, 27, 28, 29].

Również w ciąży możliwe jest – przy wcześnie postawionym rozpoznaniu – zastosowanie konserwatywnego leczenia chirurgicznego (detorsji skręconego jajowodu), bez konieczności wykonywania salpingektomii [17].

W opisywanym przypadku zabieg usunięcia zmienionej chorobowo skręconej torbieli okołojajowodowej był jednocześnie leczniczy i oszczędzający płodność pacjentki.

Torbiele okołojajowodowe, histopatologicznie są zmianami łagodnymi. Chudecka-Głaz A. i wsp. w 10-letnim materiale klinicznym wśród 264 przypadków zmian okołojajniko-

wych i okołojajowodowych odnotowali cystis paraoviductalis w 7,1% [30].

W diagnostyce różnicowej stanów nagłych w położnictwie należy pamiętać o możliwości zetknięcia się w praktyce klinicznej z jednym z najradszych powikłań, jakim jest izolowany skręt poszczególnych struktur przydatków w ciąży.

PIŚMIENNICTWO

1. Marino T, Craig S. Managing adnexal masses in pregnancy. *Contemporary Ob/Gyn*. 2000; 3: 130–137.
2. Leiserowitz G, Xing G, Cress R, Brahmabhatt B, Dalrymple JL, Smith LH. Adnexal masses in pregnancy: how often are they malignant? *Gynecol Oncol*. 2006; 101(2): 315–321.
3. Machado F, Vegas C, Leon J, Perez A, Sanchez R, Parrilla JJ, [et al.]. Ovarian cancer during pregnancy: analysis of 15 cases. *Gynecol Oncol*. 2007; 105(2): 446–450.
4. Zhao XY, Huang HF, Lian LJ, Lang JH. Ovarian cancer in pregnancy: a clinicopathologic analysis of 22 cases and review of the literature. *Int J Gynecol Cancer*. 2006; 16(1): 8–15.
5. Origoni M, Cavoretto P, Conti E, Ferrari A. Isolated tubal torsion in pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009; 146: 116–120.
6. Phupong V, Intharasakda P. Twisted fallopian tube in pregnancy: a case report. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2001; 1: 5.
7. Lim SY, Cheol JP, Bae JG, Kim JW, Rhee JH. Isolated torsion of bilateral fallopian tubes combined with tubal endometriosis: a case report. *Korean J Obstet Gynecol*. 2012; 55(1): 55–58.
8. Samborska M, Sipak-Szmigiel O, Engel K, Ronin-Walknowska E. Zmiany w przydatkach stwierdzone podczas cięcia cesarskiego w materiale Kliniki Medycyny Matczyno-Płodowej w latach 1997–2007. *Klin Perinatol Ginekol*. 2007; t. 43(4): 68–70.
9. Gross M, Blumstein S, Chow L. Isolated fallopian tube torsion: a rare twist on a common theme. *AJR Am J Roentgenol*. 2005; 185: 1590–1592.
10. Goktoga U, Ceyhan T, Ozturk H, Gungor S, Zeybek N, Keskin U. Isolated torsion of fallopian tube in a premenarcheal 12-year-old girl. *J Obstet Gynaecol Res*. 2007; 33: 215–217.
11. Ergenoglu M, Yeniel O, Peker N, Turan V, Karadadas N. Tubal torsion during pregnancy – case report. *Ginekol Pol*. 2011; 82: 287–290.
12. Varghese U, Fajardo A, Gomathinayagam T. Isolated fallopian tube torsion with pregnancy – a case report. *Oman Med J*. 2009; 24: 128–130.
13. Chiou S-Y, Lev-Toaff A, Masuda E, Rick BA, Feld I, Bergin D. Adnexal torsion: new clinical and imaging observations by sonography, computed tomography, and magnetic resonance imaging. *J Ultrasound Med*. 2007; 26: 1289–1301.
14. Upadhyaya I, Sharma R. Unilateral torsion of fallopian tube at 32 of weeks of pregnancy followed by a normal delivery. *N J O G*. 2009; 4(1): 58–59.
15. Isci H, Güdücü N, Göneç G, Başgöl AY. Isolated tubal torsion in pregnancy – a rare case. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2011; 38(3): 272–273.
16. Choudhary D, Biswas R, Nigam A. Isolated fallopian tube torsion in early pregnancy presenting as resolving appendicular lump. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2011; 15(4): 446–447.
17. Cate A, Han S, Vliegen AS, Lewi L, Verhaeghe J, Claus F. Conservative surgery for left-sided isolated tubal torsion in pregnancy. *JBR-BTR*. 2011; 94(4): 212–213.
18. Phillips K, Fino ME, Kump L, Berkeley A. Chronic isolated fallopian tube torsion. *Fertil Steril*. 2009; 92 e 1–3: 394.
19. Broach A, Mansuria S, Sanfilippo J. Pediatric and adolescent gynecologic laparoscopy. *Clin Obstet Gynecol*. 2009; 52: 380–389.
20. Hiei K, Takagi H, Matsunami K, Imai A. Ovarian torsion; early diagnosis by MRI to prevent irreversible damage. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2010; 37: 233–234.
21. Nizar K, Deutsch M, Filmer S, Weizman B, Beloosesky R, Weiner Z. Doppler studies of the ovarian venous blood flow in the diagnosis of adnexal torsion. *J Clin Ultrasound*. 2009; 37(8): 436–439.
22. Harmon J, Binkovitz L, Binkovitz L. Isolated fallopian tube torsion: sonographic and CT features. *Pediatr Radiol*. 2008; 38: 175–179.
23. Mc Carthy J, Ericson K, Smith Y, Quint E. Premenarchal ovarian torsion and elevated CA-125. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2010; 23: 47–50.
24. Wong S, Suen S, Lao T, Chung K. Isolated fallopian tube torsion: a series of six cases. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010; 89: 1354–1356.
25. Oelsner G, Cohen S, Soriano D, Admon D, Mashiach S, Carp H. Minimal surgery for the twisted ischaemic adnexa can preserve ovarian function. *Hum Reprod*. 2003; 18: 2599–2602.

26. Origoni M, Cavoretto P, Ferrari A. Acute isolated tubal torsion in pregnancy due to twisted Morgagni hydatid. *Minerva Ginecol.* 2008; 60: 95–96.
27. Rody A, Jackisch C, Klockenbusch W, Heinig J, Cohenen-Worch V. The conservative management of adnexal torsion-a case report and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002; 101(1): 83–86.
28. Aziz D, Davis V, Allen L, Langer J. Ovarian torsion in children: Is oophorectomy necessary? *J Pediatr Surg.* 2004; 39: 750–753.
29. Celik A, Ergün O, Aldemir H, Ozcan C, Ozok G, Erdener A, et al. Long-term results of conservative management of adnexal torsion in children. *J Pediatr Surg.* 2005; 40: 704–708.
30. Chudecka-Głaz A, Menkiszak J, Rzepka-Górska I. Torbiele przyjajnikowe – nie zawsze łagodne. *Ginekol Pol.* 2002; 76(11): 1078–1083.

Isolated paratubal cyst torsion during pregnancy – case report

■ Abstract

Uterine adnexal torsion is considered an obstetric and gynaecological emergency. The most common cases include torsion of the vascular pedicle of the ovary and Fallopian tubes and cystis perioviducti; torsion of the Fallopian tubes alone is more rare. Isolated torsions of cystis oviducti are extremely rare. The article presents a case of a 31-year-old patient with torsion of cystis serosa oviducti dextri detected in 37th hbd (second pregnancy). Laparotomy was performed as appendicitis was suspected. Moreover, the pregnancy was terminated by Caesarean section before term as an emergency measure which was also planned earlier for neurological reasons.

■ Key words

paratubal cyst, pregnancy, cyst torsion, laparotomy