

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Παρασαλπγγική κύστη με μεμονωμένη συστροφή της σύστοιχης σάλπιγγας

Δ. Μητσάκου, Σ. Κουβελάς, Σ. Γκριτζέλη, Ι. Μπουρνούδη, Δ. Καλαντζή, Χ. Καρδάση, Κ. Καρβούνη, Β. Μαρκάτου, Κ. Τζήμα, Γ. Κοντόπουλος

Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία αφορά ένα σπάνιο περιστατικό παρασαλπγγικής κύστης με μεμονωμένη συστροφή της σύστοιχης σάλπιγγας σε νεαρή γυναίκα που αντιμετωπίστηκε στη Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Η μεμονωμένη συστροφή της σάλπιγγας αποτελεί σπάνιο γυναικολογικό αίτιο οξείας κοιλίας και η διάγνωσή της μπορεί να τεθεί αποκλειστικά διεγχειρητικά.

Λέξεις ευρετηρίου: παρασαλπγγική κύστη, μεμονωμένη συστροφή σάλπιγγας, οξεία κοιλία

Δ. Μητσάκου, Σ. Κουβελάς, Σ. Γκριτζέλη, Ι. Μπουρνούδη, Δ. Καλαντζή, Χ. Καρδάση, Κ. Καρβούνη, Β. Μαρκάτου, Κ. Τζήμα, Γ. Κοντόπουλος. Παρασαλπγγική κύστη με μεμονωμένη συστροφή της σύστοιχης σάλπιγγας. *Επιστημονικά Χρονικά* 2022; 27(3): 446-451

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μεμονωμένη συστροφή της σάλπιγγας (Isolated fallopian tube torsion, IFTT) αποτελεί ένα εξαιρετικά σπάνιο γυναικολογικό αίτιο οξείας κοιλίας, με την επίπτωση να είναι μόλις 1 στις 1.500.000 γυναίκες. Συνηθέστερα εντοπίζεται στην δεξιά σάλπιγγα, ενώ η συμπτωματολογία δεν είναι ειδική καθιστώντας την διάγνωση αρκετά δύσκολη. Στην παρούσα εργασία γίνεται περιγραφή μιας περίπτωσης μεμονωμένης συστροφής αριστερής σάλπιγγας σε έδαφος παρασαλπγγικής κύστης σε γυναίκα 19 ετών που διαχειρίστηκε η κλινικής μας.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ασθενής 19 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας με αναφερόμενο κοιλιακό άλγος από 12ώρου. Επρόκειτο για ασθενή χωρίς σεξουαλικές επαφές και ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό. Η ασθενής ανέφερε παρόμοιο επεισόδιο άλγους προ έτους, το οποίο υφέθηκε αυτόματα και σε γυναικολογική εξέταση που ακολούθησε του επεισοδίου ευρέθη κύστη στην αριστερή ωθήκη και σύσταση για επανέλεγχο αυτής μετά από 3 μήνες ο οποίος δεν πραγματοποιήθηκε από την ίδια. Η τελευταία έμμηνος ρύση της ασθενούς ήταν προ 8 ημερών, ενώ ανέφερε πως ο κύκλος της δεν

ήταν σταθερός. Δεν έκανε συστηματική λήψη φαρμάκων, δεν είχε αλλεργίες και δεν είχε υποβληθεί σε χειρουργικές επεμβάσεις.

Κατά την εξέταση η ασθενής ήταν απόρρητη και αιμοδυναμικά σταθερή, ενώ παρουσίασε ένα επεισόδιο εμετού. Από την επιπολής ψηλάφηση της κοιλίας διαπιστώθηκε άλγος εντοπιζόμενο στον αριστερό λαγόνιο βόθρο με επέκταση στο υπογάστριο κατά την εν τω βάθει ψηλάφηση, χωρίς περιτοναϊσμό. Από την αμφίχειρη γυναικολογική εκ του ορθού η ασθενής ανέφερε άλγος κατά την ψηλάφηση του αριστερού εξαρτήματος. Ακολούθησε διενέργεια διακοιλιακού υπερηχογραφήματος (Εικόνες 1&2) στο οποίο ανευρέθη ορώδης κύστη διαστάσεων 7,61 x 6,36 εκατοστών στην ανατομική θέση του αριστερού εξαρτήματος, με αιμάτωση αυτού και χωρίς εικόνα ρήξης, ίχνη υγρού στο δουγλάσειο χώρο, μήτρα φυσιολογικών διαστάσεων και δεξι εξάρτημα με φυσιολογικές διαστάσεις και αιμάτωση.



Εικόνα 1. Κυστικό μόρφωμα στην ανατομική θέση του αριστερού εξαρτήματος διαστάσεων 7,61 x 6,36 cm.



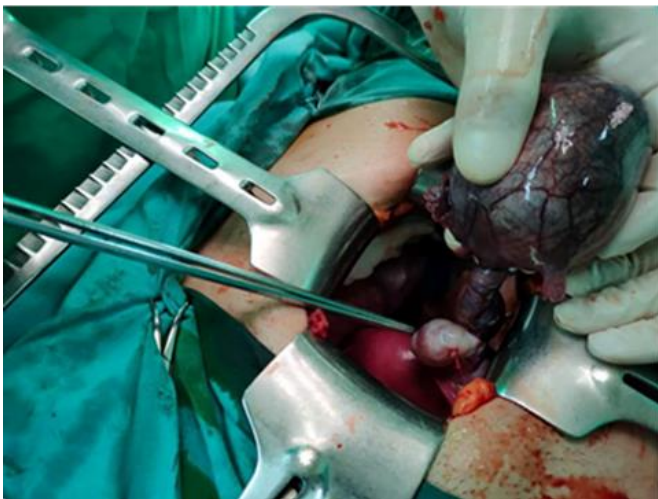
Εικόνα 2. Αριστερή ωοθήκη.

Χορηγήθηκαν στην ασθενή παυσίπονα και ελήφθη πλήρης εργαστηριακός έλεγχος από τον οποίο: WBC 10.620/ μ L, Hgb 13,5 gr/dl, Hct 38%, PLT 219.000/ μ L και φυσιολογικές τιμές στον βιοχημικό έλεγχο, στην γενική ούρων και στην πήξη του αίματος. Το τεστ κύησης ήταν αρνητικό. Τρεις ώρες αργότερα ελήφθησαν εκ νέου εργαστηριακά στα οποία δεν παρουσιάστηκε καμία μεταβολή. Λόγω μη σημαντικής βελτίωσης της κλινικής εικόνας έγινε εισαγωγή της ασθενούς στην Γυναικολογική Κλινική για παρακολούθηση και περαιτέρω αντιμετώπιση.

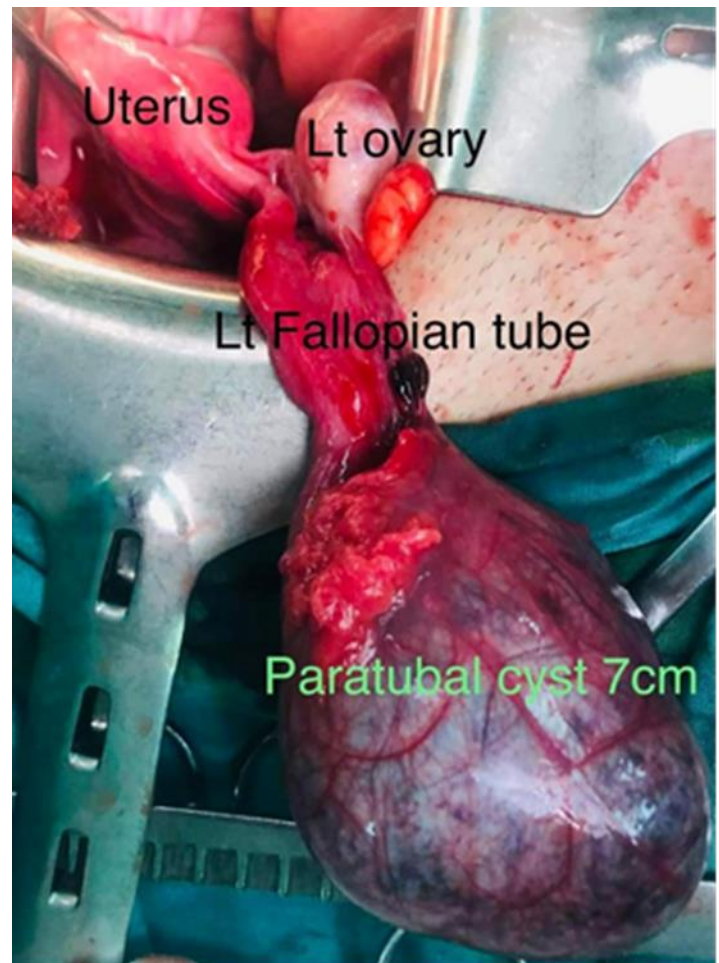
Έξι ώρες μετά την εισαγωγή και παρά την χορήγηση ενδοφλέβιας παρακεταμόλης και αντιβιοτικής αγωγής η ασθενής περιέγραψε ξαφνική επιδείνωση του άλγους και κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων κατά την ψηλάφηση του αριστερού λαγονίου βόθρου και του υπογαστρίου. Διενεργήθηκε εκ νέου υπέρηχος κοιλίας από τον οποίο δεν προέκυψε κάποιο διαφορετικό εύρημα και η ασθενής οδηγήθηκε εκτάκτως στο χειρουργείο για ερευνητική λαπαροτομία ως επί εδάφους οξείας κοιλίας.

Κατά την είσοδο στην περιτοναϊκή κοιλότητα αναγνωρίστηκε ευμεγέθης παρασαλπγγική κύστη στην λήκυθο της αριστερής σάλπιγγας με συστροφή της σύστοιχης σάλπιγγας (Εικόνες 3&4), ενώ η αριστερή ωοθήκη ανευρέθηκε άθικτη πίσω από την συστραφείσα σάλπιγγα. Έγινε σύλληψη της παρασαλπγγικής κύστης και αφαίρεση αυτής καθώς και της συστραφείσας σάλπιγγας, η οποία ήταν παραμορφωμένη στο μεγαλύτερο μέρος της εξαιτίας της κύστης. Το παρασκεύασμα εστάλη για βιοψία. Η δεξιά σάλπιγγα και ωοθήκη ήταν φυσιολογικές.

Η ασθενής είχε άριστη μετεγχειρητική πορεία και τρεις ημέρες μετά έλαβε εξιτήριο, ενώ και οι καρκινικοί δείκτες που ελήφθησαν προεγχειρητικά ήταν όλοι αρνητικοί. Το αποτέλεσμα της ιστοπαθολογικής εξέτασης της κύστης ανέδειξε ευρήματα συμβατά με συστραφείσα παρασαλπγγική κύστη και IFTT.



Εικόνα 3. Παρασαλπγγική κύστη αριστερά με συστροφή αυτής και της σύστοιχης σάλπιγγας.



Εικόνα 4. Μήτρα, αριστερή ωοθήκη, αριστερή σάλπιγγα και παρασαλπγγική κύστη.

ΣΧΟΛΙΟ

Οι παρασαλπγγικές και παραωθηκικές κύστεις αποτελούν το 10% των όγκων εκ των εξαρτημάτων και σπάνια μπορεί να συστραφούν μαζί με το σύστοιχο εξάρτημα [1]. Μεμονωμένη συστροφή της σάλπιγγας (Isolated fallopian tube torsion, IFTT) συμβαίνει όταν η συστροφή αφορά μόνο την σάλπιγγα, αφήνοντας άθικτη την σύστοιχη ωοθήκη [2]. Η επίπτωση της μεμονωμένης συστροφής της σάλπιγγας είναι 1 στις 1.500.000 γυναίκες [2]. Συμβαίνει συχνότερα σε έφηβες 12 έως 15 ετών, ενώ πολύ σπανιότερα

πριν την εμμηναρχή και μετά την εμμηνόπαυση [3].

Η μεμονωμένη συστροφή της σάλπιγγας μπορεί να είναι αποτέλεσμα τόσο ενδογενών -που αφορούν την ίδια την σάλπιγγα- όσο και εξωγενών παραγόντων. Στα ενδογενή αίτια περιλαμβάνονται οι συγγενείς ανωμαλίες της σάλπιγγας, παθολογία της σάλπιγγας όπως η ύπαρξη υδροσάλπιγγας, παρασαλπιγγικών κύστεων ή φλεγμονώδους νόσου της πυέλου και η δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος που μπορεί να οδηγήσει σε ανώμαλο περισταλτισμό της σάλπιγγας. Στους εξωγενείς παράγοντες συγκαταλέγονται συμφορίες, τραυματισμοί και μηχανικά αίτια, όπως η απότομη αλλαγή της θέσης του σώματος σύμφωνα με την θεωρία του Sellheim [4]. Η μεμονωμένη συστροφή της σάλπιγγας εμφανίζεται κυρίως δεξιά, πιθανότατα εξαιτίας του γεγονότος ότι η κινητικότητα της αριστερής σάλπιγγας είναι πιο περιορισμένη εξαιτίας της γειτνίασής της με το μεσεντέριο του σιγμοειδούς [4]. Στην δική μας περίπτωση ωστόσο η IFTT αφορούσε την αριστερή σάλπιγγα, ενώ ήταν σε έδαφος σύστοιχης παρασαλπιγγικής κύστης.

Η κλινική εικόνα παρασαλπιγγικής κύστης με μεμονωμένη συστροφή της σάλπιγγας περιλαμβάνει κοιλιακό άλγος οξείας έναρξης με ή χωρίς σημεία περιτοναϊσμού. Μπορεί επίσης να συνυπάρχουν ναυτία, εμετοί και έπειξη προς ούρηση [2, 5]. Κατά την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση μπορεί να υπάρχει άλγος κατά τη μετακίνηση του τραχήλου ή ακόμη και ψηλάφηση μάζας, όπως συνέβη και στην δική μας περίπτωση. Οι εργαστηριακές εξετάσεις

δεν παρουσιάζουν ειδικά ευρήματα, ενώ ο υπερηχογραφικός έλεγχος μπορεί να αναδείξει ελεύθερο υγρό στο δουλγάσειο χώρο, πάχυνση της σάλπιγγας και παρουσία κύστης με φυσιολογικής μορφολογίας ωθήκες, ευρήματα που δεν αποτελούν ειδικά σημεία, ενώ στις περισσότερες περιπτώσεις μπορεί να μην ανευρεθούν [1]. Η αξονική τομογραφία κοιλίας μπορεί να αναδείξει παρουσία κύστης που βρίσκεται εκτός της ωθήκης και συνεστραμμένη σάλπιγγα με παχύ τοίχωμα. Εξαιτίας όλων των παραπάνω η διάγνωση της μεμονωμένης συστροφής της σάλπιγγας δεν μπορεί να τεθεί προεγχειρητικά [3]. Η λαπαροσκόπηση αποτελεί το gold standard στη διάγνωση και διαχείριση των παρασαλπιγγικών κύστεων με μεμονωμένη συστροφή της σάλπιγγας [1]. Η εκτομή της κύστης με διατήρηση της σάλπιγγας στις περιπτώσεις που αυτό είναι εφικτό είναι η θεραπεία εκλογής. Ωστόσο, στις περισσότερες περιπτώσεις οι ασθενείς οδηγούνται στο χειρουργείο πολύ αργά για την βιωσιμότητα της σάλπιγγας οπότε και η σαλπιγγεκτομή είναι αναγκαία [4, 6]. Στην περίπτωσή μας δεν υπήρχε η δυνατότητα χρήσης λαπαροσκοπικών εργαλείων, γι' αυτό και διενεργήθηκε λαπαροτομία.

Στην διαφορική διάγνωση θα πρέπει να συμπεριληφθούν η οξεία σκωληκοειδίτιδα, η ρήξη κύστης ωθήκης, η συστροφή της ωθήκης, η ενδομητρίωση, η έκτοπη κύηση, η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου και παθήσεις εκ του ουροποιητικού [1,2,4]. Η καθυστέρηση στην διάγνωση και τη θεραπεία της IFTT συμβαίνει λόγω της έλλειψης ειδικών κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων. Η έγκαιρη διάγνωση και η έγκαιρη θεραπεία μπορούν να σώσουν την σάλπιγγα, γι' αυτό και κάθε

μαιευτήρας-γυναικολόγος πρέπει να είναι υποψιασμένος σε περιστατικά άλγους

υπογαστρίου στα οποία το αίτιο δεν μπορεί σαφώς να διεκρινιστεί.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Kiseli M, Caglar GS, Cengiz SD, Karadag D, Yilmaz MB. Clinical diagnosis and complications of paratubal cysts: review of the literature and report of uncommon presentations. Arch Gynecol Obstet. 2012;285(6):1563-1569.
2. Harmon JC, Binkovitz LA, Binkovitz LE. Isolated fallopian tube torsion: sonographic and CT features. Pediatr Radiol. 2008 Feb;38(2):175-9.
3. Banerjee I, Thakur Y, Mukherjee G, Jadhav J, Sahare A. Isolated Fallopian Tube Torsion: A Rare Entity. Case Rep Obstet Gynecol. 2021;2021:3872201.
4. Güney C., Coskun A. A Fifteen-Year Analysis of Rare Isolated Fallopian Tube Torsions in Adolescent Children: A Case Series. Diagnostics (Basel). 2019 Sep 4;9(3):110.
5. Alpendre F, Pedrosa I, Silva R, Batista S, Tapadinhas P. Giant paratubal cyst presenting as adnexal torsion: A case report. Case Rep Womens Health. 2020;27
6. Qian L, Wang X, Li D, Li S, Ding J. Isolated fallopian tube torsion with paraovarian cysts: a case report and literature review. BMC Womens Health. 2021;21(1):345.
7. Zvizdic Z, Bukvic M, Murtezic S, Skenderi F, Vranic S. Giant Paratubal Serous Cystadenoma in an Adolescent Female: Case Report and Literature Review. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2020;33(4):438-440.
8. Mahdavi FS, Tavallaei M, Ketabforoush AHME, Bahadorinia M. Paratubal endosalpingiosis: a case report. Int J Surg Case Rep. 2020;77:839-842.

CASE REPORT

Paratubal cyst and isolated fallopian tube torsion

D. Mitsakou, S. Kouvelas, S. Gkritzeli, I. Bournoudi, D. Kalantzi, Ch. Kardasi, K. Karvouni, B. Markatou, K. Tzima, G. Kontopoulos

Obstetrics and Gynecology Department, General Hospital of Larisa, Greece

ABSTRACT

The present study is a case report of a paratubal cyst with isolated fallopian tube torsion in a young woman that was presented to the Obstetrics and Gynecology Department of General Hospital of Larissa. Isolated fallopian tube torsion is rare and unusual cause of acute lower abdominal pain and it can be diagnosed exclusively intraoperatively.

Keywords: paratubal cyst, isolated fallopian tube torsion, IFTT, acute abdominal pain

D. Mitsakou, S. Kouvelas, S. Gkritzeli, I. Bournoudi, D. Kalantzi, Ch. Kardasi, K. Karvouni, B. Markatou, K. Tzima, G. Kontopoulos. Paratubal cyst and isolated fallopian tube torsion. Scientific Chronicles 2022; 27(3): 446-451
