

Συστροφή παραωθηκικής κύστης στην κύηση: περιγραφή περίπτωσης

Ιωάννης Κ. Θανασάς, Μαρία Μπουρσιάνη

Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρουσίαση του περιστατικού αφορά σε έγκυο πρωτοτόκο η οποία διανύοντας την 26η εβδομάδα της εγκυμοσύνης προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας με συμπτώματα οξείας κοιλίας. Τέθηκε η διάγνωση πιθανής συστραφείας κύστης ωθήκης και η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε συστροφή παραωθηκικής κύστης με δευτερογενή μεμονωμένη συστροφή της σύστοιχης σάλπιγγας και εκτελέστηκε σαλπινγεκτομία. Την 5η μετεγχειρητική ημέρα μετά από ομαλή μετεγχειρητική πορεία η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας έχουσα καλώς. Με τη συμπλήρωση της 39ης εβδομάδας μετά από την αυτόματη ρήξη των εμβρυικών υμένων γέννησε με κολπικό τοκετό. Στην παρούσα εργασία μετά την παρουσίαση του περιστατικού επιχειρείται με βάση τα πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα μια σύντομη ανασκόπηση των παραωθηκικών κυστικών νεοπλασμάτων, αναφορικά με την αιτιοπαθογένεια, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση.



Λέξεις Ευρητήριο: παραωθηκική κύστη, εγκυμοσύνη, αιτιοπαθογένεια, διάγνωση, αντιμετώπιση



Παραπομπή

I. Θανασάς, Μ. Μπουρσιάνη. Συστροφή παραωθηκικής κύστης στην κύηση: περιγραφή περίπτωσης. Παρουσίαση περιστατικού. *Επιστημονικά Χρονικά* 2016;21(3): 286-291

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα σαλπινγικά νεοπλάσματα διακρίνονται στους καλοήθεις όγκους και τον καρκίνο των σαλπίγγων ο οποίος είναι ο πιο σπάνιος γυναικολογικός καρκίνος [1]. Οι σπάνιοι κυστικοί καλοήθεις σαλπινγικοί όγκοι, αν και δεν έχουν μελετηθεί αρκετά και

δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητή η αιτιοπαθογένεια και η παθοφυσιολογία τους πιθανολογείται ότι είναι εμβρυολογικής προέλευσης. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, ακόμη και με τις σύγχρονες απεικονιστικές μεθόδους η προεγχειρητική διάγνωση είναι δύσκολη και συνήθως

αποτελούν τυχαίο χειρουργικό ή παθολογοανατομικό εύρημα.

Στην παρούσα εργασία, μετά την περιγραφή του περιστατικού επιχειρείται η σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση των παρασαλπγγικών κυστικών νεοπλασμάτων, αναφορικά με την αιτιοπαθογένεια, τη διάγνωση και την αντιμετώπισή τους.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Έγκυος πρωτοτόκος ηλικίας 23 ετών διανύοντας την 26η εβδομάδα της εγκυμοσύνης προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας με συμπτώματα οξείας κοιλίας. Από μία ώρα περίπου αναφέρει αιφνίδια έντονη κοιλιακή άλγους εντοπιζόμενο κυρίως στην αριστερή κοιλιακή χώρα και συνοδευόμενο από πολλαπλούς εμέτους. Το ατομικό και κληρονομικό αναμνηστικό ήταν χωρίς παθολογική σημασία. Η μέχρι τώρα πορεία της εγκυμοσύνης ήταν ομαλή. Με την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ταχυσφυγμία και αναπηδώσα ευαισθησία κατά την ψηλάφηση της αριστερής κοιλιακής χώρας. Δεν διαπιστώθηκαν σημεία έναρξης πρόωρου τοκετού. Το μόνο παθολογικό εύρημα στο μαιευτικό υπερηχογράφημα ήταν η παρουσία στην ανατομική θέση της αριστερής ωοθήκης κυστικού σχηματισμού μεγίστης διαμέτρου 6 εκατοστά με σαφή ομαλά όρια και διαυγές περιεχόμενο χωρίς την παρουσία συμπαγών στοιχείων. Με το υπερηχογράφημα άνω και κάτω κοιλίας δεν διαπιστώθηκαν ευρήματα ενδεικτικά ενδοκοιλιακής πάθησης. Από τον επειγόντα εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε: Ht 35%, Hb 11.6gr/dl, PLT 241x10³/ml, WBC

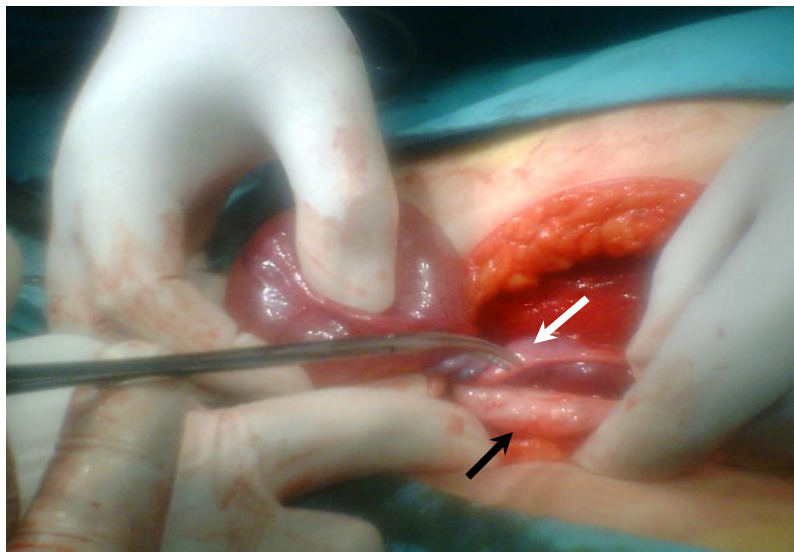
15.1x10³/ml, NEUT 87%, CRP 18. Ο βιοχημικός έλεγχος και η γενική εξέταση των ούρων ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Η μη βελτίωση της κλινικής και εργαστηριακής εικόνας παρά τη χορήγηση αντιβιοτικών και αναλγητικών φαρμάκων σε συνδυασμό με τα υπερηχογραφικά ευρήματα έθεσαν τη διάγνωση συστραφείας κύστης ωοθήκης και η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε συστροφή ορώδους παρασαλπγγικής κύστης αριστερά με δευτερογενή μεμονωμένη συστροφή της σύστοιχης σάλπιγγας χωρίς τη συμμετοχή της ομόπλευρης ωοθήκης (Εικόνα 1). Μετά την ανάταξη της συστραφείας σάλπιγγας εκτελέστηκε αριστερή σαλπγγεκτομία.

Η ασθενής μας την 5η μετεγχειρητική ημέρα χωρίς σημεία έναρξης πρόωρης μυομητρικής δραστηριότητας εξήλθε από την κλινική μας έχουσα καλώς με αγωγή και οδηγίες για παρακολούθηση στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο. Με τη συμπλήρωση της 39ης εβδομάδας μετά από αυτόματη ρήξη των εμβρυικών υμένων γέννησε με κολπικό τοκετό.

ΣΧΟΛΙΟ

Οι παραωθηκικές κύστεις δεν είναι συχνές. Υπολογίζεται ότι αφορούν περίπου στο 10% των εξαρτηματικών όγκων και εμφανίζονται συνηθέστερα ανάμεσα στην 3η με 4η δεκαετία της ζωής [2]. Μιμούμενες τις ωθηκικές κύστεις είναι δυνατό να υποστούν συστροφή. Οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούν σε παιδιατρικούς ασθενείς προκαλώντας δύσκολο διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα από την οξεία σκωληκοειδίτιδα [3].



Εικόνα 1. Συστραφείσα ορώδης παρασαλπγγική κύστη με δευτερογενή μεμονωμένη συστροφή της σύστοιχης σάλπιγγας (άσπρο βέλος). Είναι εμφανής η μη συμμετοχή της ομόπλευρης ωθήκης στη νεοπλασία (μαύρο βέλος).

Στους ενήλικες η συστροφή παραωθηκικής κύστης συνοδευόμενη από δευτερογενή μεμονωμένη συστροφή της σύστοιχης σάλπιγγας είναι μια σπάνια νοσολογική οντότητα, και επιπλέον, εξαιρετικά σπάνια εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης [4].

Οι παραωθηκικές κύστεις, αν και δεν έχουν μελετηθεί αρκετά και δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητή η αιτιοπαθογένεια και η παθοφυσιολογία τους πιθανολογείται ότι είναι εμβρυολογικής προέλευσης και αντιπροσωπεύουν υπολείμματα του παραμεσονεφρικού ή μεσονεφρικού πόρου. Επιπλέον, έχει καλά τεκμηριωθεί η συσχέτιση προγεννητικής έκθεσης σε διεθλοστιλβεστρόλη (DES) με ανωμαλίες στη δομή προέλευσης των πόρων του Muller [5]. Φυσιολογικά ο γυναικείος πόρος του Wolff, αφού δώσει ένα κομμάτι του ουρητήρα θα υποστρέψει τελείως τον τρίτο μήνα της εμβρυϊκής περιόδου. Σε περίπτωση που αυτό αποτύχει υπολείμματα μπορεί να βρεθούν

οποδήποτε στην πορεία του πόρου του Wolff από την πύλη της ωθήκης, κατά μήκος του πλατέος συνδέσμου και πλευρικά της μήτρας και του κόλπου [6]. Οι εξαρτηματικοί όγκοι σε θήλαα άτομα πιθανής προέλευσης από τον πόρο του Wolff περιγράφηκαν για πρώτη φορά το 1973 από τους Kariminejad και Scully και αναφέρθηκαν ότι αναπτύσσονται μεταξύ των πτυχών του πλατέος συνδέσμου ή ότι αναρτάται από αυτόν ή τη σάλπιγγα [7]. Η μεμονωμένη συστροφή των σαλπγγων κατά την κύηση είναι πολύ ασυνήθιστη. Συμβαίνει χωρίς την μονόπλευρη ωθηκική συμμετοχή και συνήθως σχετίζεται με υδροσάλπιγγα, αιματοσάλπιγγα, πυελική συμφόρηση, προηγούμενη σαλπγγική επέμβαση, παραωθηκικές κύστεις και άλλες εξαρτηματικές αλλαγές ή ακόμη μπορεί να συμβεί και σε μια κατά τα άλλα φυσιολογική σάλπιγγα [8,9].

Η προεγχειρητική διάγνωση είναι δύσκολη, και επιπλέον, ακόμη πιο δύσκολη

γίνεται στις έγκυες. Κατά την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση μια μεγάλη ψηλαφητή σαλπγγική μάζα εύκολα μπορεί να εκληφθεί ως ωοθηκική. Κατά την διακολπική υπερηχογραφία οι παραωοθηκικές κύστες μπορούν να επιδείξουν ένα ευρύ φάσμα υπερηχογραφικών χαρακτηριστικών. Είναι δυνατό να εμφανισθούν ως μονόχωρες απλές κύστες ή ως πολύχωρες με ή χωρίς θηλοειδείς προσεκβολές από το κυστικό τοίχωμα. Η τοιχωματική εξάπλωση από θηλοειδείς προσεκβολές συνηγορεί για όγκο οριακής κακοήθειας [10]. Η χρήση της Power Doppler υπερηχογραφίας στη διάκριση των καλοηθών από τους κακοήθεις εξαρτηματικούς όγκους δεν προσέφερε τα αναμενόμενα [11]. Ανόμοια με τα ευρήματα προηγούμενων αναφορών ο Kim και οι συνεργάτες του έδειξαν ότι η χρήση της διακολπικής υπερηχογραφίας μπορεί να βοηθήσει στη διάκριση των παραωοθηκικών από τις αληθινά ωοθηκικές κύστες. Οι περισσότερες ασθενείς με παραωοθηκικές κύστες έχουν μια διαχωρισμένη φυσιολογική ομόπλευρη ωοθήκη η οποία εύκολα μπορεί να ανιχνευθεί με το διακολπικό υπερηχογράφημα [12]. Τα απεικονιστικά ευρήματα του μαγνητικού συντονισμού (MRI) στις παραωοθηκικές κύστες μέχρι σήμερα δεν έχουν ανακοινωθεί. Η δυνατότητα απεικόνισης φυσιολογικής ομόπλευρης ωοθήκης αναμένεται να αποτελέσει ίσως ένα σημαντικό διαγνωστικό εύρημα [13].

Η διάγνωση των παραωοθηκικών κύστεων τίθεται εύκολα στο χειρουργείο. Διεγχειρητικά είναι εμφανής η μη συμμετοχή της ομόπλευρης ωοθήκης στη νεοπλασία και η χαρακτηριστική διαγραφή της σάλπιγγας στην εξωτερική επιφάνεια του τοιχώματος της

κύστης (δική μας περίπτωση, εικόνα 1). Επιπλέον, η χειρουργική παρέμβαση (λαπαροσκόπηση, λαπαροτομία) εκτός από την εξασφάλιση της διάγνωσης επιτρέπει και τη ριζική αντιμετώπιση της βλάβης. Παρόλο που η λαπαροσκόπηση παρέχει ασφαλή χειρουργική θεραπεία ακόμη και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης [14], πολλοί προτείνουν ανοικτή λαπαροτομία και αφαίρεση του συστραφέντος εξαρτήματος [15]. Άλλοι, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για περιπτώσεις νεαρών κοριτσιών προτείνουν την άμεση ανάταξη της συστραφείσας σάλπιγγας με αφαίρεση ή μη της κύστης και μετεγχειρητική παρακολούθηση της λειτουργικότητας του επηρεασμένου εξαρτήματος [16]. Αντίθετα, η υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη αναρρόφηση του κυστικού περιεχομένου δε φαίνεται να είναι αποτελεσματική λόγω του υψηλού ποσοστού υποτροπών [17], αλλά και του σοβαρού κινδύνου μετεγχειρητικής διασποράς καρκινικών κυττάρων σε περίπτωση κακοήθειας [18]. Τέλος, άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η αναρρόφηση των απλών κύστεων στην κύηση είναι ασφαλής, αποτρέπει τη χειρουργική παρέμβαση με όλες τις πιθανές επιπλοκές που αυτή μπορεί να έχει για τη μητέρα και το έμβρυο, και επιπλέον, σε μερικές περιπτώσεις ενδέχεται να αποτελέσει και την οριστική θεραπεία [19].

Συμπερασματικά, παρόλο που η δευτερογενής μεμονωμένη συστρόφη σάλπιγγας με παραωοθηκική κύστη είναι εξαιρετικά σπάνια κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ωστόσο θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση της οξείας κοιλίας στις έγκυες. Σε κάθε περίπτωση η έγκαιρη χειρουργική

παρέμβαση μειώνει αναμφοσιβήτητα τη ενδεχομένως επιτρέπει και τη διατήρηση της μητρική νοσηρότητα και θνησιμότητα και σάλπιγγας [4].

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Runnebaum IB, Stickeler E. Epidemiological and molecular aspects of ovarian cancer risk. *J Cancer Res Clin Oncol* 2001; 127: 73 - 79.
2. Macarthur M, Mahomed AA. Laparoscopy in the diagnosis and management of a complicated paraovarian cyst. *Surg Endosc* 2003; 17: 1676 - 1677.
3. Chauhan S, Blacker C. Paratubal cyst: a case report. *W V Med J* 2005; 101: 176.
4. Phupong V, Intharasakda P. Twisted fallopian tube in pregnancy: a case report. *BMC Pregnancy Childbirth* 2001; 1: 5.
5. Haney AF, Newbold RR, Fetter BF, McLachlan JA. Paraovarian cysts associated with prenatal diethylstilbestrol exposure. Comparison of the human with a mouse model. *Am J Pathol* 1986; 124: 405 - 411.
6. McLean JM. Embryology and anatomy of female genital tract. In: H Fox, M Wels, editors. *Obstetrical and gynaecological pathology*. New York: Churchill Livingstone, 1995: 17.
7. Kariminejad HH, Scully RE. Female adnexal tumor of probable Wolffian origin: a distinctive pathologic entity. *Cancer* 1973; 31: 671 - 677.
8. Yalcin OT, Hassa H, Zeytinoglou S, Isiksoy S. Isolated torsion of fallopian tube during pregnancy: report of two cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997; 74: 179 - 182.
9. Antoniou N, Varras M, Akrivis C, et al. Isolated torsion of the fallopian tube: a case report and review of the literature. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2004; 31: 235 - 238.
10. Savelli L, Ghi T, De Iaco P, et al. Paraovarian/paratubal cysts: comparison of transvaginal sonographic and pathological findings to establish diagnostic criteria. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 28: 330 - 334.
11. Jokubkiene L, Sladkevicius P, Valentin L. Does three - dimensional power Doppler ultrasound help in discrimination between benign and malignant ovarian masses? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007; 29: 215 - 225.
12. Kim JS, Woo SK, Suh SJ, Morettin LB. Sonographic diagnosis of paraovarian cysts: value of detecting a separate ipsilateral ovary. *Am J Roentgenol* 1995; 164: 1441 - 1444.
13. Kishimoto K, Ito K, Awaya H, et al. Paraovarian cyst: MR imaging features. *Abdom Imaging* 2002; 27: 685 - 689.
14. Bouguizane S, Bibi H, Farhat Y, et al. Adnexal torsion: a report of 135 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003; 32: 535 - 540.
15. Ogburn T, Wurzel J, Espey E, Espey D. Adnexal torsion: experience at a single university center. *J Reprod Med* 2005; 50: 591 - 594.
16. Shukunami K, Nishijima K, Orisaka M, Kotsuji F. Recanalization of a fallopian tube after detorsion of twisted adnexa: report of a case with follow - up by repeat hysterosalpingography. *J Reprod Med* 2004; 49: 756 - 758.

17. Petrovic N, Arko D, Lovrec VG, Takac I. Ultrasound guided aspiration in pathological adnexal processes. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002; 104: 52 – 57.
18. Fujii T, Kozuma S, Kikuchi A, et al. Paraovarian cystadenoma: sonographic features associated with magnetic resonance and histopathologic findings. J Clin Ultrasound 2004; 32: 149 - 153.
19. Capsi B, Ben – Arie A, Appelman Z, et al. Aspiration of simple pelvic cysts during pregnancy. Gynecol Obstet Invest 2000; 49: 102 – 105.

CASE REPORT

Torsion of a paraovarian cyst in pregnancy: a case report

Ioannis K. Thanasas, Maria Boursiani

Department of Obstetrics & Gynecology of General Hospital of Trikala, Greece

ABSTRACT

The presentation of the incident relates to a pregnant woman covering the 26th week of her first pregnancy, she admitted to the emergency department of our hospital with symptoms of acute abdominal. With potential diagnosis of twisted ovarian cyst patient was taken to surgery room. Intraoperatively except of the ovarian cyst twist found also secondary single twist of the ipsilateral fallopian tube and performed salpingectomy. On the 5th postoperative day after a smooth postoperative course the patient was discharged from our clinic. Upon completion of the 39th week of pregnancy, after spontaneous rupture of fetal membranes she gave birth by vaginal delivery. In this paper after the presentation of the event is attempted on recent literature a brief review of ovarian cystic neoplasm, regarding the pathogenesis, diagnosis and treatment.



Keywords: paratubar cyst, pregnancy, pathogenesis, diagnosis, management



Citation

I. Thanasas, M. Boursiani. Torsion of a paraovarian cyst in pregnancy: a case report. Scientific Chronicles 2016; 21(3): 286-291

Συγγραφέας επικοινωνίας

Ιωάννης Κ. Θανάσας, E-mail addresses: thanasasg@hotmail.com