

Μεμονωμένη συστροφή σάλπιγγος: ένα σπάνιο τυχαίο εύρημα κατά την εκτέλεση καισαρικής τομής

Ιωάννης Κ. Θανασάς¹, Ευάγγελος Π. Μυργιώτης¹, Νικολέτα Κουταλιά¹, Αθανάσιος Χασιώτης¹, Μαρία Μούσια²

¹ Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική και ² Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Ελλάδα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρουσίαση του περιστατικού αφορά σε έγκυο δευτερότοκο η οποία διανύοντας την 39η εβδομάδα της κύησης εισήχθη στην κλινική μας, προκειμένου να υποβληθεί σε προγραμματισμένη καισαρική τομή λόγω προηγηθείσης καισαρικής. Από το ατομικό ιστορικό ήταν γνωστή η παρουσία ορώδους κύστης στην ανατομική θέση του αριστερού εξαρτήματος από την αρχή της κύησης. Η εξέλιξη της εγκυμοσύνης ήταν ομαλή χωρίς επιπλοκές. Κατά την εισαγωγή στην κλινική η έγκυος ανέφερε έναν ήπιο βύθιο πόνο στην κοιλιακή χώρα διάχυτα από τριημέρου περίπου, χωρίς να διαπιστωθούν σημεία έναρξης τοκετού. Ο προγραμματισμένος προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Διεγχειρητικά, στο αριστερό παραμήτριο διαπιστώθηκε η παρουσία υποστρόγγυλου μορφώματος με καστανέρυθρη χροιά και ομαλή εξωτερική επιφάνεια, κατά μήκος της οποίας πορευόταν η σύστοιχη σάλπιγγα, χωρίς τη συμμετοχή της ωοθήκης. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος έθεσε τη διάγνωση της μεμονωμένης συστροφής σάλπιγγας συνοδευόμενη από παρασαλπγγική κύστη. Μετά από νοσηλεία 5 ημερών και ομαλή μετεγχειρητική πορεία η λεχωίδα εξήλθε από την κλινική. Στην παρούσα εργασία επιχειρείται με βάση τα σύγχρονα δεδομένα μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση της σπάνιας αυτής νοσολογικής οντότητας, αναφορικά κυρίως με τη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση.

Λέξεις ευρετηρίου: παρασαλπγγική κύστη, συστροφή, εγκυμοσύνη, διάγνωση, αντιμετώπιση

Παραπομπή

Ι. Θανασάς, Ε. Μυργιώτης, Ν. Κουταλιά, Α. Χασιώτης, Μ. Μούσια. Μεμονωμένη συστροφή σάλπιγγος: ένα σπάνιο τυχαίο εύρημα κατά την εκτέλεση καισαρικής τομής. Επιστημονικά Χρονικά 2020; 25(3): 549-557

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι εξαρτηματικοί όγκοι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν είναι συχνοί. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων ανακαλύπτονται τυχαία κατά την παρακολούθηση εξέλιξης της κύησης.

Συνήθως ανακαλύπτονται κατά το πρώτο ή το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και στο 65% - 80% των περιπτώσεων είναι ασυμπτωματικοί [1]. Η συχνότητα εμφάνισης των εξαρτηματικών μαζών πριν από την 14η εβδομάδα της κύησης κυμαίνεται από 6% - 25%, με τις περισσότερες από αυτές να είναι

λειτουργικές, με αποτέλεσμα να υποστρέφονται και να παραμένουν μόνο στο 0.7% - 1.7% των περιπτώσεων [2]. Γενικά, με βάση τα παλαιότερα δεδομένα η επίπτωση των εξαρτηματικών μαζών στις έγκυες είναι δύσκολο να εκτιμηθεί με ακρίβεια, καθώς η έλλειψη των απαιτούμενων τεχνολογικών εξελίξεων δεν διευκόλυνε την έγκαιρη και ακριβή διάγνωση της παθολογίας στα εξαρτήματα [3]. Σήμερα με την ευρεία εφαρμογή της υπερηχογραφίας στην παρακολούθηση της κύησης τα ποσοστά ανίχνευσης εξαρτηματικών μαζών στις έγκυες έχουν αυξηθεί σημαντικά [4]. Πρόσφατα, οι Hoover και Jenkins αναλύοντας τα αποτελέσματα της μελέτης τους έδειξαν ότι οι εξαρτηματικοί όγκοι αφορούν σε 1 ανά 76 έως 1 ανά 2328 γεννήσεις [5].

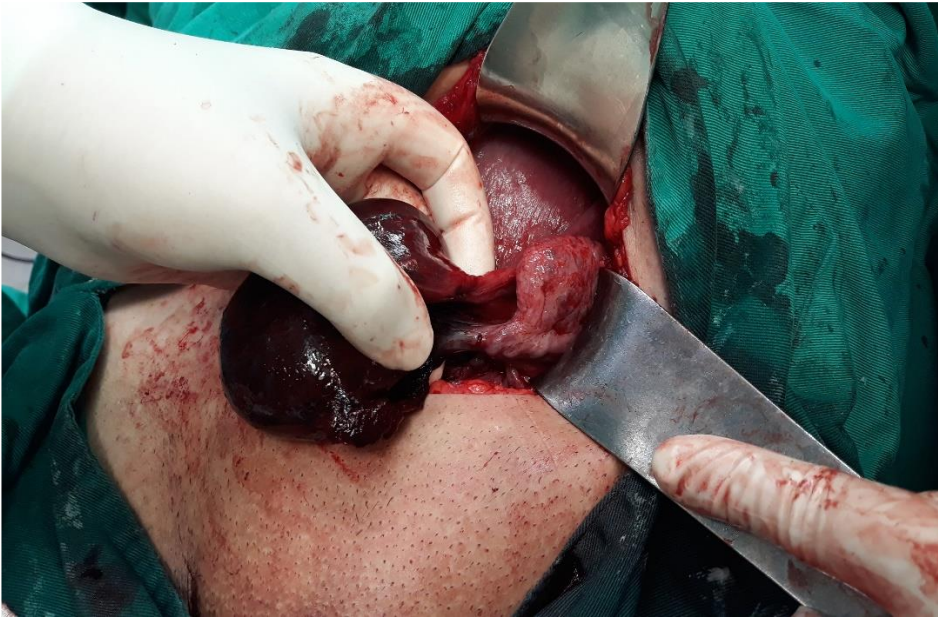
Οι εξαρτηματικοί όγκοι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συχνά παρουσιάζουν σημαντικά διαγνωστικά και θεραπευτικά διλήμματα. Εκτός από τις περιπτώσεις που επιπλέκονται με οξεία συστροφή ή ρήξη και απαιτούν επείγουσα χειρουργική παρέμβαση, οι περισσότεροι εξαρτηματικοί όγκοι διαγιγνώσκονται τυχαία και συνήθως αφορούν σε νεοπλάσματα των ωοθηκών. Τα σαλπγγικά νεοπλάσματα είναι σπάνια. Διακρίνονται στους καλοήθεις κυστικούς σαλπγγικούς όγκους (παρασαλπγγική ή παραωθητική κύστη, υδατίδα κύστη Morgani) και στον καρκίνο των σαλπγγων ο οποίος είναι ο πιο σπάνιος γυναικολογικός καρκίνος. Οι κυστικοί καλοήθεις σαλπγγικοί 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 έως αδύνατη. Η διάγνωση συνήθως τίθεται διεγχειρητικά ή κατά την παθολογοανατομική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος [6].

Στην παρούσα εργασία μετά την περιγραφή της περίπτωσης μας επιχειρείται με βάση τη συστηματική παράθεση και επεξεργασία των σύγχρονων βιβλιογραφικών δεδομένων μια σύντομη ανασκόπηση της παρασαλπγγικής κύστης στην εγκυμοσύνη, αναφορικά κυρίως με τη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση, η άμεση και ορθή εφαρμογή της οποίας είναι σε θέση να διασφαλίσει το καλύτερο προγνωστικό αποτέλεσμα.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά σε έγκυο δευτερότοκο, με ιστορικό προηγηθείσης καισαρικής τομής η οποία με συμπληρωμένη την 38η εβδομάδα της κύησης (38 εβδομάδες και 4 ημέρες) εισήχθη στη Μαιευτική - Γυναικολογική κλινική του νοσοκομείου μας για προγραμματισμένη καισαρική τομή. Από το ατομικό ιστορικό της ασθενούς ήταν γνωστή η παρουσία ορώδους κύστης μεγίστης διαμέτρου περίπου 80 mm στην ανατομική θέση του αριστερού εξαρτήματος, η οποία διαπιστώθηκε από την αρχή της εγκυμοσύνης, κατά την πρώτη επίσκεψη στο μαιευτικό ιατρείο και διαγνώθηκε ως κύστη αριστερής ωοθήκης. Το κληρονομικό ιστορικό ήταν χωρίς παθολογική σημασία. Η εξέλιξη της εγκυμοσύνης ήταν ομαλή χωρίς επιπλοκές. Κατά την εισαγωγή στην κλινική η έγκυος ανέφερε έναν ήπιο βύθιο πόνο στην κοιλιακή



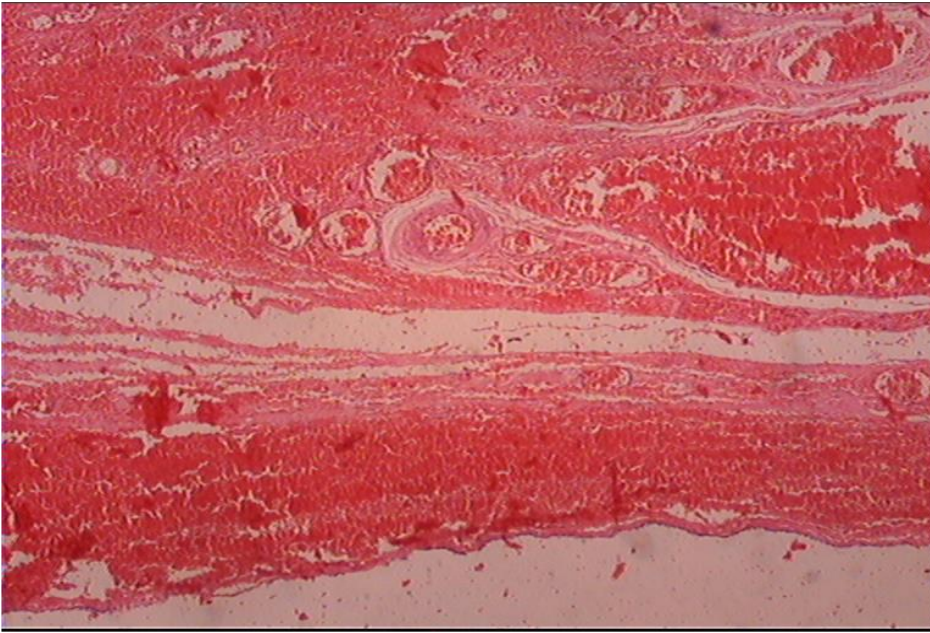
Εικόνα 1. Τυχαίο εύρημα συστραφείας παρασαλπγγικής κύστης κατά την εκτέλεση προγραμματισμένης καισαρικής τομής με δευτερογενή μεμονωμένη συστροφή της σύστοιχης σάλπιγγας (δική μας περίπτωση). Είναι εμφανής η αιμορραγική διήθηση και η ισχαιμική νέκρωση της σαλπγγικής μάζας, η μη συμμετοχή στην εξεργασία της ομόπλευρης ωοθήκης (κόκκινα βέλη), καθώς και η χαρακτηριστική διαγραφή της σύστοιχης σάλπιγγας κατά μήκος της εξωτερικής επιφάνειας του τοιχώματος της κύστης (άσπρα βέλη).

χώρα διάχυτα από τριήμερου περίπου, χωρίς να διαπιστωθούν σημεία έναρξης τοκετού. Κατά τον καρδιοτοκογραφικό έλεγχο δεν διαπιστώθηκαν συσπάσεις από τη μήτρα. Ο προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Οι δείκτες φλεγμονής ήταν αρνητικοί (WBC 7.96×10^3 , NEUT 74.8%), δεν διαπιστώθηκε αναιμία (Hb 14.1 gr/dl) και η πήξη του αίματος ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Ο βιοχημικός έλεγχος και η γενική εξέταση των ούρων ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Κατά την εκτέλεση της καισαρικής τομής, μετά την έξοδο του εμβρύου και την συρραφή του τοιχώματος της μήτρας, κατά τον έλεγχο των εξαρτημάτων στην ανατομική θέση του αριστερού παραμητρίου διαπιστώθηκε υποστρόγγυλο μόρφωμα μεγίστης διαμέτρου

περίπου 70 mm, καστανέρυθρης χροιάς και ομαλής εξωτερικής επιφάνειας, κατά μήκος της οποίας πορευόταν η σύστοιχη σάλπιγγα, χωρίς τη συμμετοχή της σύστοιχης ωοθήκης στην εξεργασία (εικόνα 1).

Το αιμορραγικό νεκρωμένο τοίχωμα της κύστης με επικάλυψη από κυβοειδές, αποπλατισμένο ή κροσσωτό επιθήλιο και την αιμορραγικά νεκρωμένη σάλπιγγα, όπως προέκυψε από την μικροσκοπική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση της συστραφείας παρασαλπγγικής κύστης με μεμονωμένη συστροφή της σύστοιχης σάλπιγγας (εικόνα 2). Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Η λεχωίδα εξήλθε από την κλινική μας την τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα με αγωγή και



Εικόνα 2. Ιστολογική εικόνα συστραφείας παρασαλπγγικής κύστης (δική μας περίπτωση).

οδηγία για επανεξέταση στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο στο τέλος της λοχείας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι παρασαλπγγικές ή παραωθηκικές κύστεις δεν είναι συχνές. Εκτιμάται ότι αφορούν περίπου στο 5% - 20% του συνόλου των εξαρτηματικών όγκων και συνήθως εμφανίζονται στην αναπαραγωγική ηλικία, κατά την τρίτη με τέταρτη δεκαετία της ζωής [7]. Οι παρασαλπγγικές κύστεις μιμούμενες τις ωθηκικές είναι δυνατό να υποστούν συστροφή. Οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούν σε παιδιατρικούς ασθενείς προκαλώντας δύσκολο διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα από την οξεία σκληροκοειδίτιδα [8]. Στους ενήλικες η συστροφή παραωθηκικής κύστης συνοδευόμενη από δευτερογενή μεμονωμένη συστροφή της σύστοιχης σάλπιγγας είναι σπάνια. Παρόμοια σπάνια είναι η εκδήλωση συστροφής

παρασαλπγγικής κύστης στην εγκυμοσύνη η οποία σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση της οξείας κοιλίας των εγκύων γυναικών [9].

Οι παρασαλπγγικές 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 [10]. Οι παραωθηκικές κύστεις, των οποίων η προέλευση εκτιμάται ότι αφορά από τον πόρο του Wolff βρίσκονται στον ευρύτερο σύνδεσμο μεταξύ των ωθηκών και της σάλπιγγας [11] και περιγράφηκαν για πρώτη φορά ως ξεχωριστή νοσολογική οντότητα το 1973 από τους Kariminejad και Scully [12]. Η μεμονωμένη συστροφή της σάλπιγγας χωρίς την ομόπλευρη ωθηκική συμμετοχή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή και σε μη έγκυες γυναίκες συνήθως σχετίζεται με υδροσάλπιγγα, αιματοσάλπιγγα, πυελική

συμφόρηση και πυελική φλεγμονώδη νόσο, προηγούμενη σαλπγγική επέμβαση για την αντιμετώπιση σαλπγγικής παθολογίας ή την εκτέλεση χειρουργικής απολίνωσης των σαλπγγων, παρασαλπγγική κύστη (δική μας περίπτωση), κύστη Morgani και άλλες εξαρτηματικές αλλαγές ή ακόμη μπορεί να συμβεί και σε μια κατά τα άλλα φυσιολογική σάλπιγγα [13-15].

Η προεχειρητική διάγνωση των παρασαλπγγικών κύστεων είναι δύσκολη, ιδιαίτερα όταν θα πρέπει να γίνει κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Οι μεταβολές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της φυσιολογικά εξελισσόμενης κύησης και οι συχνά αναφερόμενες από την έγκυο ενοχλήσεις στην κοιλιακή χώρα δυσχεραίνουν τη διάγνωση της παρασαλπγγικής κύστης στις περιπτώσεις εκείνες που η συμπτωματολογία είναι ήπια (δική μας περίπτωση). Στην πλειονότητα των περιπτώσεων οι παρασαλπγγικές κύστεις είναι ασυμπτωματικές. Το ήπιο, βύθιο, μικρής έντασης κοιλιακό άλγος και η αιφνίδια έναρξη οξέος κοιλιακού πόνου αφορούν σε μεγάλο μέγεθος βλάβες ή σε επιπλοκές, αντίστοιχα, όπως είναι η αιμορραγία, η ρήξη ή η συστροφή της σάλπιγγας [10]. Επιπλέον, η ναυτία, οι έμετοι και τα σημεία περιτοναϊκού ερεθισμού κατά την ψηλάφηση του κοιλιακού τοιχώματος συνηγορούν υπέρ της μεμονωμένης συστροφής της σάλπιγγας συνοδευόμενη από παρασαλπγγική κύστη [15].

Σε αντίθεση με τα κλινικά ευρήματα, ο απεικονιστικός έλεγχος συχνά είναι χρήσιμος στη διάγνωση των παρασαλπγγικών κύστεων. Το διακοιλιακό και διακολπικό

υπερηχογράφημα αποτελούν σήμερα την εξέταση πρώτης γραμμής για τη διάγνωση των παραωθηθικών κύστεων [16]. Οι απλές παρασαλπγγικές κύστεις συνήθως απεικονίζονται ως μονόχωρες λεπτοτοιχωματικές κύστεις με ομαλά όρια, εντοπιζόμενες μεταξύ της ωθήκης και της σάλπιγγας. Η απουσία ωθηθικών δομών, η κινητικότητα της μάζας και ο διαχωρισμός της από την ωθήκη κατά την ώθηση με τη βοήθεια της διακολπικής κεφαλής των υπερήχων αποτελούν σταθερά χαρακτηριστικά υπερηχογραφικά ευρήματα που συνηγορούν υπέρ της διάγνωσης της παρασαλπγγικής κύστης. Η παρουσία μονόχωρων ή πολύχωρων κύστεων με ή χωρίς θηλοειδείς προσεκβολές από το κυστικό τοίχωμα ή με τοιχωματική εξάπλωση από θηλοειδείς προσεκβολές υποδηλώνει όγκο οριακής κακοήθειας [17].

Η διαφορική διάγνωση μεταξύ της κύστης των ωθηθικών και των παρασαλπγγικών κύστεων παραμένει δύσκολη. Παρόλα αυτά όμως είναι εφικτό σήμερα με την διεξοδική υπερηχογραφική εξέταση η διάκριση μεταξύ καλοήθων και κακοήθων εξαρτηματικών όγκων. Πρόσφατα, ο Sokalska και οι συνεργάτες του αναλύοντας τα αποτελέσματα της μελέτης τους έδειξαν ότι οι δερμοειδείς κύστεις, οι υδροσάλπιγγες, οι λειτουργικές κύστεις, οι παρασαλπγγικές κύστεις, οι περιτοναϊκές ψευδοκύστεις, τα ινομύματα και τα ινοθηκώματα διαγνωσμένα υπερηχογραφικά ποτέ δεν είχαν εκλιφθεί ως κακοήθεια από τα εξαρτήματα [18]. Η χρήση της Power Doppler υπερηχογραφίας στη διάκριση των καλοήθων από τους κακοήθεις εξαρτηματικούς όγκους δεν προσέφερε τα αναμενόμενα [19]. Τα απεικονιστικά

ευρήματα του μαγνητικού συντονισμού στις παραωθηκικές κύστεις μέχρι σήμερα δεν έχουν ανακοινωθεί. Η δυνατότητα απεικόνισης φυσιολογικής ομόπλευρης ωοθήκης αναμένεται να αποτελέσει ίσως ένα σημαντικό διαγνωστικό εύρημα [20].

Η διάγνωση των παραωθηκικών 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. Η λαπαροσκόπηση με ή χωρίς αφαίρεση του κυστικού υγρού μέσω του λαπαροσκοπίου φαίνεται να αποτελεί σήμερα την πιο συνηθισμένη χειρουργική προσέγγιση στην αντιμετώπιση των ασθενών με παρασαλπγγικές κύστεις [21]. Άλλοι προτείνουν ανοικτή λαπαροτομία και αφαίρεση του συστραφέντος εξαρτήματος [22]. Τέλος, άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη αναρρόφηση του κυστικού περιεχομένου απλών κύστεων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ασφαλής, αποτρέπει τη χειρουργική παρέμβαση με όλες τις πιθανές επιπλοκές που αυτή μπορεί να έχει για τη μητέρα και το έμβρυο - νεογνό, και επιπλέον, σε μερικές περιπτώσεις ενδέχεται να αποτελέσει και την οριστική θεραπεία [23].

Η πρόγνωση συνήθως είναι καλή. Αν και στη βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί και περιπτώσεις ανάπτυξης όγκων οριακής

κακοήθειας ή διηθητικά αδενοκαρκινώματα στο εσωτερικό του τοιχώματος των παρασαλπγγικών κύστεων, αυτές κατά κανόνα αποτελούν σπάνια ασυμπτωματικά νεοπλάσματα των σαλπίγγων, χαμηλής δυναμικής κακοήθειας. Στις επιπλοκές των παρασαλπγγικών κύστεων που έχουν περιγραφεί στη βιβλιογραφία συμπεριλαμβάνονται η συστροφή η οποία αφορά στο 2% - 16% των περιπτώσεων, η αιμορραγία, η ρήξη, η δευτερογενής μόλυνση και η κακοήθης νεοπλασματική εξαλλαγή στο 2.9% περίπου των περιπτώσεων. Η συστροφή των παραωθηκικών κύστεων είναι τρεις φορές πιο συχνή στις έγκυες, πιθανότατα λόγω της μεγάλης και γρήγορης ανάπτυξης του σώματος της μήτρας κατά τη διάρκεια της φυσιολογικά εξελισσόμενης εγκυμοσύνης [24].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μεμονωμένη συστροφή της σάλπιγγας συνοδευόμενη από παρασαλπγγική κύστη είναι μια σπάνια νοσολογική οντότητα, η οποία ωστόσο πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στη διαφορική διάγνωση των εγκύων με οξύ ή ήπιο, βύθιο, διάχυτο κοιλιακό πόνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, και ιδιαίτερα στο τελευταίο τρίμηνο. Η προεγχειρητική διάγνωση δεν είναι εύκολη και κατά τη θεραπευτική αντιμετώπιση είναι δυνατό να προκύψουν σοβαρά διλήμματα και αντιπαραθέσεις. Η πρόωμη αναγνώριση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη νόσο και η σωστή εφαρμογή της σύγχρονης εξελιγμένης τεχνολογίας είναι πιθανό να επιτρέψουν σήμερα την έγκαιρη διάγνωση και την άμεση εφαρμογή των πλέον

κατάλληλων σύγχρονων διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών, προκειμένου να διασφαλιστεί η καταλληλότερη αντιμετώπιση

της νόσου και το καλύτερο δυνατό προγνωστικό αποτέλεσμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Hakoun AM, AbouAl - Shaar I, Zaza KJ, Abou - Al - Shaar H, A Salloum MN. Adnexal masses in pregnancy: An updated review. *Avicenna J Med.* 2017; 7(4): 153 - 157.
2. Yazbek J, Salim R, Woelfer B, Aslam N, Lee CT, Jurkovic D. The value of ultrasound visualization of the ovaries during the routine 11 - 14 weeks nuchal translucency scan. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007; 132(2): 154 - 158.
3. Yacobozzi M, Nguyen D, Rakita D. Adnexal masses in pregnancy. *Semin Ultrasound CT MR.* 2012; 33(1): 55 - 64.
4. Hoover K, Jenkins TR. Evaluation and management of adnexal mass in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2011; 205(2): 97 - 102.
5. Aggarwal P, Kehoe S. Ovarian tumours in pregnancy: a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011; 155(2): 119 - 124.
6. Runnebaum IB, Stickeler E. Epidemiological and molecular aspects of ovarian cancer risk. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2001; 127(2): 73 - 79.
7. Gupta A, Gupta P, Manaktala U, Khurana N. Clinical, radiological, and histopathological analysis of paraovarian cysts. *J Midlife Health.* 2016; 7(2): 78 - 82.
8. Chauhan S, Blacker C. Paratubal cyst: a case report. *W V Med J.* 2005; 101(4): 176.
9. Phupong V, Intharasakda P. Twisted fallopian tube in pregnancy: a case report. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2001; 1(1): 5.
10. Bohîlțea RE, Cîrstoiu MM, Turcan N, Ionescu CA. Ultrasound diagnostic of mesonephric paraovarian cyst - case report. *J Med Life.* 2016; 9(3): 280 - 283.
11. Asare EA, Greenberg S, Szabo S, Sato TT. Giant Paratubal Cyst in Adolescence: Case Report, Modified Minimal Access Surgical Technique, and Literature Review. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2015; 28(5): e143 - 145.
12. Kariminejad MH, Scully RE. Female adnexal tumor of probable Wolffian origin. A distinctive pathologic entity. *Cancer.* 1973; 31(3): 671 - 677.
13. Yalcin OT, Hassa H, Zeytinoglu S, Isiksoy S. Isolated torsion of fallopian tube during pregnancy; report of two cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1997; 74(2): 179 - 182.
14. Antoniou N, Varras M, Akrivis C, Kitsiou E, Stefanaki S, Salamalekis E. Isolated torsion of the fallopian tube: a case report and review of the literature. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2004; 31(3): 235 - 238.
15. Toyoshima M, Mori H, Kudo K, Yodogawa Y, Sato K, Kudo T, Igeta S, Makino H, Shima T, Matsuura R, Ishigaki N, Akagi K, Takeyama Y, Iwahashi H, Yoshinaga K. Isolated torsion of the fallopian tube in a menopausal woman and a pre - pubertal girl: two case reports. *J Med Case Rep.* 2015; 9: 258.

16. Coccia ME, Rizzello F, Romanelli C, Capezzuoli T. Adnexal masses: what is the role of ultrasonographic imaging? *Arch Gynecol Obstet*. 2014; 290(5): 843 – 854.
17. Savelli L, Ghi T, De Iaco P, Ceccaroni M, Venturoli S, Cacciatore B. Paraovarian/paratubal cysts: comparison of transvaginal sonographic and pathological findings to establish diagnostic criteria. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2006; 28(3): 330 – 334.
18. Sokalska A, Timmerman D, Testa AC, Van Holsbeke C, Lissoni AA, Leone FP, Jurkovic D, Valentin L. Diagnostic accuracy of transvaginal ultrasound examination for assigning a specific diagnosis to adnexal masses. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009; 34(4): 462 – 470.
19. 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(2): 215 – 225.
20. Kishimoto K, Ito K, Awaya H, Matsunaga N, Outwater EK, Siegelman ES. Paraovarian cyst: MR imaging features. *Abdom Imaging*. 2002; 27(6): 685 – 689.
21. Darwish AM, Amin AF, Mohammad SA. Laparoscopic management of paratubal and paraovarian cysts. *JLS*. 2003; 7(2): 101 – 106.
22. Ogburn T, Wurzel J, Espey E, Espey D. Adnexal torsion: experience at a single university center. *J Reprod Med*. 2005; 50(8): 591 – 594.
23. Caspi B, Ben – Arie A, Appelman Z, Or Y, Hagay Z. Aspiration of simple pelvic cysts during pregnancy. *Gynecol Obstet Invest*. 2000; 49(2): 102 – 105.
24. Gedam JK, Rajput DA, Bhalerao MV. Torsion of para – ovarian cyst resulting in secondary torsion of the fallopian tube: a cause of acute abdomen. *J Clin Diagn Res*. 2014; 8(5): OD10 – 1.

Isolated fallopian tube torsion: a rare finding during a cesarean section

Ioannis K. Thanasas,¹ Evangelos P. Myrghiatis,¹ Nikoleta Koutalia,¹ Athanasios Chasiotis,¹ Maria Mousia²

¹Department of Obstetrics – Gynecology and ²Department of Pathology of General Hospital in Trikala, Trikala, Greece

ABSTRACT

This case concerns a secundigravida, during the 39th week of her pregnancy, that was admitted to our clinic to undergo a scheduled caesarean section due to a history of a previous caesarean section. Her medical history included the presence of a serous cyst in the anatomical region of the left appendage known before the beginning of pregnancy. The pregnancy course was uneventful. At the time of her admission to the clinic, she reported a mild deep diffuse abdominal pain lasting about three days without any signs of labor. The planned pre – operative assessment was normal. Intraoperatively, an oval growth with reddish brown color and a smooth outer surface was discovered on the left parametrium. The ipsilateral fallopian tube was running across its outer surface without any ovarian involvement. The histopathological examination of the specimen set the diagnosis of isolated fallopian tube torsion accompanied by a paratubal cyst. The mother was discharged after a five – day hospitalization and an uneventful postoperative course. This case report attempts a brief review of the diagnostic and therapeutic approach of this rare disease entity, according to the latest scientific data.

Keywords: paratubal cyst, torsion, pregnancy, diagnosis, treatment

Citation

I. Thanasas, E. Myrghiatis, N. Koutalia, A. Chasiotis, M. Mousia. Isolated fallopian tube torsion: a rare finding during a cesarean section. *Scientific Chronicles* 2020; 25(3): 549-557