

## KIAUŠIDĖS APSISUKIMAS: DIAGNOSTIKOS IŠŠŪKIAI. KLINIKINIS ATVEJIS

Paulius Burkauskas<sup>1</sup>, Karolina Baltrušaitytė<sup>1</sup>, Sonata Barilienė<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos fakultetas

<sup>2</sup>Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų Akušerijos ir ginekologijos klinika

**Raktažodžiai:** kiaušidės apsisukimas, pilvo skausmas.

### Santrauka

Kiaušidės apsisukimas – tai patologija, kai dėl dažniausiai anatomiškai pakitusios kiaušidės apsisukimo aplink ją palaikančius raiščius ir (ar) kiaušintakį, nutrūksta šių organų kraujotaka ir išsivysto audinių nekrozė. Ne visada pavyksta laiku diagnozuoti ligą, o nediagnozuota ji gali komplikuotis vaisingumo praradimu, peritonitu ir netgi mirtimi. Diagnostikos tikslumas priklauso nuo ligoninės išteklių ir gydančiojo gydytojo patirties. Šiame straipsnyje pristatomas klinikinis atvejis, kai pacientei išsivystė kiaušidės apsisukimas, kurio dėl nespecifinių simptomų ir vaizdo tyrimų neinformatyvumo nepavyko laiku diagnozuoti. Skyrus adekvatų kiaušidės ir jos priklausinių apsisukimo gydymą, buvo stebima teigiama dinamika ir pacientė išvyko iš stacionaro tęsti ambulatorinį gydymą.

### Įvadas

Kiaušidės apsisukimas – tai patologija, kai kiaušidė visiškai arba iš dalies apsisuka aplink pakabinamąjį ir savąjį kiaušidės raištį, kiaušintakį [1,2]. Sveikų gimdos priklausinių apsisukimas yra itin retas. Esant kiaušidės cistai, susidaro palankios sąlygos atsirasti šiai patologijai [3]. Tai 5 pagal dažnumą ginekologinė liga. Ja susergera 5,9/100000 moterų, bet tikrasis paplitimas nėra aiškus, kadangi tiksli diagnozė nustatoma tik operacijos metu [4]. Manoma, kad kiaušidės apsisukimas galimas iki 3 proc. pacienčių, kurios dėl ūmaus pilvo skausmo kreipiasi į skubiosios pagalbos skyrius [1,2,5,6].

**Darbo tikslas** – supažindinti įvairių specialybių gydytojus su kiaušidės apsisukimo diagnostikos ypatumais, pristatant klinikinį atvejį, pasitaikiusį Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje (LSMUL).

### Klinikinis atvejis

50 metų moteris kreipėsi į LSMUL skubiosios pagalbos skyrių dėl staiga atsiradusio stipraus pilvo skausmo kairėje klubinėje srityje, pykinimo bei vėmimo. Nusiskundimai iki kreipimosi truko 4 valandas. Skausmo stiprumas vaizdo analogijos skalėje (VAS) įvertintas 7 balais, plintantis į kairiąją koją. Apžiūrint nustatyta, kad pacientė nekarščiuoja, ŠSD – 97 k/min, AKS 130/80 mmHg. Čiuopiant pilvas minkštas, skausmingas kairėje *spina iliaca superior* projekcijoje, skausmas plinta į kairiąją koją, pilvaplėvės dirginimo reiškiniai nėra. Vaginaliai apžiūrint budinčiam gydytojui ginekologui vulva ir makštis be matomos patologijos, čiuopiant gimdos kaklelio simptomas neigiamas, gimda *anteversis* padėtyje, normos dydžio. Palpuojant dešinėje gimdos priklausinių srityje jaučiamas neskausmingas 5-6 cm dydžio darinys. Kairės pusės apčiuopą sunkino skausmas (kiaušidė nečiuopiama). Atliktuose kraujo tyrimuose nustatyta leukocitozė (WBC 12.25 x10<sup>9</sup>/l) ir neutrofilija (83,50%), biocheminiai kraujo tyrimai be pakitimų. Atlikus pilvo apžvalginę rentgenogramą, patologijos nerasta: laisvo oro po diafragma nenustatyta, žarnų spindžiai neišplėsti, skysčio-oros paviršiaus nematyti. Skubiai atliktame pilvo ultragarsiniame tyrime: dešinės kiaušidės projekcijoje cistinis darinys ~ 6 cm skersmens, pastebėta sustorėjusi sienelė. Laisvo skysčio pilvaplėvės ermėje nematyti. Transvagalinio ultragarsinio tyrimo metu (TVUG) matoma gimda *anteversio* padėtyje, 100 x 60 x 67 mm dydžio, endometriumas 8mm, lygus. Užpakalinėje gimdos sienoje matomas intramuralinis miomos mazgas 36 x 36 mm dydžio, dešinė kiaušidė 73 x 54 mm su 54 x 44 mm vienkameriniu cistiniu dariniu be išaugų, kairioji kiaušidė ir kirmėlinė atauga nevizualizuojasi. Laisvo skysčio nėra. Daroma išvada, jog šiuo metu duomenų apie ūmią ginekologinę patologiją nepakanka. Dėl neaiškios skausmo priežasties paskirtas pilvo ir dubens organų KT tyrimas. Atliktame KT tyrime: parenchiminiai organai be pakitimų, tulžies pūslėje matomi keli iki 2,2 cm rentgeno-

kontrastiniai konkretiniai, sienelė nepakitusi. Gimdoje matomas 40 x 50 mm į miomą panašus darinys. Dešinioji kiaušidė padidėjusi, jos projekcijoje matomas 56 x 53 mm dydžio plonasienis cistinis darinys, greta jo keli analogiškos struktūros iki 35 x 20 mm dydžio cistiniai dariniai. Kairioji kiaušidė struktūrinė. Kirmėlinėje ataugoje uždegiminių pakitimų nepastebėta. Dubens ertmėje skysčio sankaupų ar aktyvaus kontrastinės medžiagos kaupimosi nematyti. Kadangi atlikus KT tyrimą duomenų apie ūmią ginekologinę patologiją neaptikta, galvota apie funkcinį cistinį darinį kiaušidėje. Pacientei rekomenduota planinė ginekologo kontrolė po mėnesinių. Paskirta Ibuprofeno 400 mg ir ambulatorinė uždegiminių rodiklių dinamikos stebėseną šeimos gydytojo priežiūroje. Po 5 dienų, nepaėjus pilvo skausmams, moteris kreipėsi į gydytoją ginekologą ambulatorine tvarka. Vizito metu pilvas palpuojant labai skausmingas apatinėje dalyje, nesant pilvaplėvės dirginimo reiškinių. Čiuopiant vaginaliai mažajame dubenyje užčiuoptas užgimdinę įdubą užpildantis skausmingas darinys. TVUG: kairiųjų gimdos priedų srityje rasta 100×95mm dydžio darinys storomis sienelėmis su dauginėmis pertvaromis ir solidinio audinio intarpu. Atliktuose tyrimuose stebėti didėjantys kraujo uždegiminiai rodikliai: leukocitų – 14,37 x10<sup>9</sup>/l, CRB 166 g/l. Tolesniam gydymui pacientė skubos tvarka siunčiama į LSMUL KK ginekologijos skyrių, kuriame stacionarizuojama. Stacionare apžiūros metu nekarščiuoja, KD 16 k/min, SpO2 99proc., hemodinamika stabili, ŠSD 100 k/min, AKS 145/85mmHg. Objektiviai: pilvas išsipūtęs, skausmingas, nesant pilvaplėvės dirginimo reiškinių. Atlikus vaginalinę apžiūrą: gimdos kaklelis aukštai, užpakalinis makšties skliautas išgaubtas, itin skausmingas. Atlikus TVUG: gimda *anteversis* padėtyje, 125 x 53 x 68 mm, endometriumas 4,9 mm, miomos mazgas užpakalinėje sienelėje 38 x 40 x 40 mm dydžio, pagal FIGO - 5. Stebimas cistinis, solidinis 95 x 102 x 69 mm dydžio darinys, esantis už gimdos, užpildantis užgimdinę įdubą ir dislokuojantis tiesiąją žarną. Dešinioji kiaušidė 39 x 24 x 27 mm dydžio, su nedideliu vienkameriniu 21 x 20 mm dydžio dariniu, primenančiu cistinės kilmės folikulą. Įvertinus klinikinį vaizdą ir ligos eigą, įtartas kairiųjų gimdos priklausinių apsisukimas. Nuspręsta atlikti skubią laparotomiją. Bendrinėje nejautoje Pfanenštilio pjūviu atvėrus pilvo ertmę, rasta nežymiai padidėjusi gimda, su intramuraliniu 3,5 cm diametro miomos mazgu užpakalinėje sienoje. Dešinieji gimdos priklausiniai be matomų pakitimų. Kairieji priklausiniai (kiaušidė su 10 cm cistiniu dariniu ir kiaušintakis) apsisukę apie savo išilginę ašį, edemiškai bei nekrozavę. Atlikta abipusė adneksktomija ir miomektomija. Operacijos metu komplikacijų nebuvo, skirta antibiotikoprofilaktika *sol. Cefazolini* 2 g į/v. Pacientės būklei gerėjant, po 5 dienų išrašyta iš stacionaro į namus tęsti ambulatorinį gydymą.

### Diskusija

Kiaušidės apsisukimas būdingas visų amžiaus grupių moterims, bet dažniausiai pasitaiko apie 30 gyvenimo metus [4,5,7]. Fiziologinės kiaušidžių cistos (funkcinė cista arba geltonkūnis) ar neoplazminiai procesai, ovuliacijos skatinimas, kiaušidžių hiperstimuliacija, policistinis kiaušidžių sindromas, kiaušintakių ligacija ir nėštumas yra laikomi kiaušidės apsisukimo rizikos veiksniais [1,8,9]. Apsisukimo rizika didėja, didėjant kiaušidės masei bei anamnezėje sirgusioms kiaušidės apsisukimu. Moterų, kurių anamnezėje buvo normalios kiaušidės užsisukimas, šios problemos pasikartojimo rizika 60 proc. didesnė, nei tų, kurių kiaušidė padidėjusi (8 proc.) [6]. Vis dėlto, dažniausiai pasitaikantis rizikos veiksnys yra kiaušidės dydis, didesnis nei 5 cm. Atliktuose 3 tyrimuose, kuriuose tirta 80 ir daugiau pacientų kiaušidžių apsisukimo problema, 86-95 proc. tiriamųjų kiaušidė buvo didesnė nei 5 cm [1]. Esama duomenų, kad kiaušidės apsisukimas galimas ir moterims, kurių kiaušidės nepakitusios. Tokių atvejų mechanizmas neaiškus, jie dažniausi jaunoms mergaitėms, kurioms menstruacijos dar neprasidėjusios [1,3]. Naujausių tyrimų duomenimis, šios ligos paplitimas mažesnis tarp pomenopauzinio amžiaus moterų, kadangi žemesnė kiaušidžių struktūrinių pokyčių rizika. Šioje amžiaus grupėje didesnė piktybinių kiaušidės darinių rizika [8]. Neteisingai nustatyta diagnozė ir dėl to per vėlai pradėtas gydymas gali lemti kiaušidės praradimą, daryti įtaką ateities vaisingumui arba sukelti peritonitą ir mirtį [6].

Remiantis moksliniu tyrimu, kuriame buvo tiriamos 380 kiaušidės apsisukimą patyrusių pacientų, nustatyta, kad dažniausi šios patologijos simptomai buvo pilvo skausmas (97 proc.) ir teigiamas pilvaplėvės dirginimo simptomas (87,7 proc.) [8]. Nors pastarasis požymis dažnai nustatomas kiaušidės apsisukimo patologijos metu, mūsų aprašytuojų klinikiniu atveju teigiamas pilvaplėvės dirginimo simptomas nepasireiškė. Literatūroje aprašyta daugelis kitų simptomų, kurie gali padėti diagnozuojant šią patologiją. Tai pykinimas (pasitaiko 60-70 proc. atvejų), vėmimas (45 proc.), pašonės skausmas, karščiavimas (10-20 proc.) [6,8,10] ir teigiamas gimdos kaklelio simptomas (13,3 proc.) [11]. Pastarasis buvo teigiamas ir mūsų aprašytuojų atveju. Iš rečiau stebimų būklių minimas padidėjęs kraujospūdis bei širdies susitraukimų dažnis, atsiradęs dėl skausmo, apibūdinamo kaip pastovus ar praeinantis dėl to, kad kiaušidė gali apsisukti ir vėl atsisukti į pradinę padėtį [1,6]. Atliktame tyrimo, kuriame dalyvavo 44 po menopauzės ir 220 reprodukcinio amžiaus moterų su kiaušidės apsisukimu, dominuojantis simptomas buvo nepertraukiamas bukas skausmas (atitinkamai 57 proc. ir 13 proc.). Staigus ir aštrus skausmas buvo pagrindinis požymis ikimenopauzinio amžiaus moterų grupėje (86 proc.), o pomenopauzinio laikotarpiu šis simptomas sudarė tik 43

procentus [5]. Labai svarbi yra diferencinė klinikinės būklės diagnostika, nes panašūs skausmai gali pasireikšti ir daugelio kitų ligų metu, tokių kaip apendicitas, pielonefritas, nefrolitiazė, dubens uždegiminė liga, ektopinis nėštumas, kolitas ar plyšusios kiaušidės cistos [6]. Šie simptomai yra nespecifiniai, tad nustatyti klinikinę diagnozę sudėtinga net ir naudojant šiuolaikinę vaizdo techniką, todėl teisingos priešoperacinės diagnozės atvejų skaičius yra mažas, siekiantis tik 44 procentus [5,12,14].

Diagnozuojant kiaušidės apsisukimą, svarbią reikšmę turi gerai surinkta anamnezė. Pastebėta, jog jaučiami simptomai, buvę apsisukimais ir kiaušidės dariniai taip pat turi reikšmingos įtakos diagnostikai [1]. Tiriant šią ligą, būtina įvertinti choriongonadotropiną, kuris parodo esamą nėštumą. Tai svarbu, kadangi kiaušidėje susiformavęs geltonkūnis didina apsisukimo tikimybę. Be to, žinios apie esamą nėštumą padeda planuoti gydymą, išsaugant vaisių [1,3]. Akivaizdu, jog vaizdo tyrimai yra svarbiausi nustatyti diagnozę. Tiriant UG, apsisukusi kiaušidė gali būti apvali bei padidėjusi (dėl audinių edemos), lyginant su kontralateraline puse [3]. Doplerio ultragarsinis tyrimas kraujotakos sutrikimą nustatė 82,6 proc. iš 380 pacienčių [8]. Kito tyrimo duomenimis, doplerografijos metu sutrikusią kraujo tėkmę galima nustatyti iki 40 proc. kiaušidės apsisukimą turinčių pacienčių [6]. Kito tyrimo rezultatai parodė, kad iš 216 atvejų dopleriu tirtų pacienčių daugiau nei pusei (55 proc.) buvo registruojama sutrikusi kraujotaka [15]. Remiantis apžvalgos duomenimis, dopleriu registruojama kiaušidės kraujotaka yra mažai jautri (43,8 proc.), bet labai specifiška (91,7 proc.) [11]. Mūsų aprašytu atveju diagnostikai doplerometrinis tyrimas nebuvo taikytas. Kraujotakos įvertinimui nėščioms, jaunoms ir lytinių santykių neturėjusioms pacientėms dažniausiai naudojamas transabdominalinis ultragarsinis tyrimas, tačiau atliekant ultragarsinį tyrimą per pilvo sieną, kiaušidės kraujotakos vizualizacija gali būti ribota ir mažai informatyvi [6]. Teigiama, kad dubens magnetinio rezonanso tyrimas yra alternatyvus tyrimo metodas, padedantis diagnozuoti kiaušidės apsisukimą, jei ultragarsinio tyrimo duomenys kelia abejonių. Norint atmesti kitą organų patologiją, paprastai atliekama dubens organų kompiuterinė tomografija [3]. Laparoskopinė operacija turi būti apsvairstoma visoms pacientėms, įtariant kiaušidės apsisukimą [1,12]. Tiksli diagnozė nustatoma tik atlikus operaciją [3]. Šios patologijos diagnostinį sudėtingumą gerai atskleidė M.R. Laufer atliktas tyrimas, kuriame ištirta 115 įtariamų kiaušidės apsisukimo atvejų. Teisingas priešoperacinis diagnostinis vertinimas nustatytas tik 38 proc. tiriamųjų [1].

Auksiniu kiaušidės apsisukimo gydymo standartu laikoma laparoskopinė operacija. Diagnostinė laparoskopija yra ir vienintelis diagnozės patikslinimo būdas. Operacijos metu

svarbu ir onkologinis budrumas, nes ne visada prieš operaciją yra laiko įvertinti kiaušidės darinio kilmę. Reikia įvertinti kiaušidės ir kiaušintakio gyvybingumą ir, esant galimybei, organus išsaugoti. Laiku atlikus kiaušidės atsukimo operaciją, ultragarsu atlikti stebėjimai parodė, kad kiaušidės funkcija atkuriamą 80 proc. pacienčių [1,3]. Mūsų aprašytu atveju operacijos apimtį (abipusę adneksektomiją) nulėmė moters amžius. Laparoskopinė kiaušidės atsukimo operacija siejama su mažesniu pooperaciniu skausmu, didesniu pacienčių pasitenkinimu bei trumpesne hospitalizacija, lyginant su laparotomija. Laparoskopinė operacijos technika turėtų būti pirmo pasirinkimo metodas, jei operuojamos jaunos pacientės, norinčios išsaugoti vaisingumą [8]. Apibendrinant galima teigti, kad kiaušidės apsisukimo diagnozavimas reikalauja ypatingo atidumo, siekiant išvengti galimų komplikacijų.

### Išvados

1. Kiaušidės apsisukimas – tai sunkiai diagnozuojama patologija, dažniausiai pasireiškianti reprodukcinio amžiaus pacientėms.
2. Pastebėjus ženkliai padidėjusią kiaušidės apimtį ar darinį joje, visuomet reikėtų įvertinti kiaušidės apsisukimo riziką ir, derinant klinikinius simptomus su vaizdiniais tyrimais, atmesti arba patvirtinti esamą patologiją.
3. Esant klinikinių simptomų ir įtariant kiaušidės apsisukimą, būtina atlikti diagnostinę laparoskopiją.

### Literatūra

1. Laufer MR. Ovarian and fallopian tube torsion. UpToDate 2020. [https://www.uptodate-com.ezproxy.dbases.lsmuni.lt/contents/ovarian-and-fallopian-tube-torsion/print?search=adnexal torsion&source=search\\_result&selectedTitle=1~75&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate-com.ezproxy.dbases.lsmuni.lt/contents/ovarian-and-fallopian-tube-torsion/print?search=adnexal%20torsion&source=search_result&selectedTitle=1~75&usage_type=default&display_rank=1)
2. Resapu P, Rao Gundabattula S, Bharathi Bayyrapu V, Pochiraju M, Surampudi K, Dasari S. Adnexal torsion in symptomatic women: a single-centre retrospective study of diagnosis and management. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 2019;39(3):349-54. <https://doi.org/10.1080/01443615.2018.1494702>
3. Huang C, Hong MK, Ding DC. A review of ovary torsion. *Tzu Chi Med J* 2017;29(3):143-7. [https://doi.org/10.4103/tcmj.tcmj\\_55\\_17](https://doi.org/10.4103/tcmj.tcmj_55_17)
4. Robertson JJ, Long B, Koefman A. Myths in the evaluation and management of ovarian torsion. *J Emerg Med* 2017;52(4):449-56. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2016.11.012>
5. Cohen A, Solomon N, Almog B, Cohen Y, Tsafir Z, Rimon E, et al. Adnexal torsion in postmenopausal women: clinical presentation and risk of ovarian malignancy. *J Minim Invasive Gynecol* 2017;24(1):94-7. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2016.09.019>
6. Sasaki KJ, Miller CE. Adnexal torsion: review of the literature.

- J Minim Invasive Gynecol 2014;21(2):196-202.  
<https://doi.org/10.1016/j.jmig.2013.09.010>
7. Iraha Y, Okada M, Iraha R, Azama K, Yamashiro T, Tsubakimoto M, et al. CT and MR imaging of gynecologic emergencies. *Radiographics* 2017;37(5):1569-86.  
<https://doi.org/10.1148/rg.2017160170>
  8. Balci O, Energin H, Görkemli H, Acar A. Management of adnexal torsion: a 13-year experience in single tertiary center. *J Laparoendosc Adv Surg Tech* 2019;29(3):293-7.  
<https://doi.org/10.1089/lap.2018.0307>
  9. Boswell KMO, Silverberg KM. Recurrence of ovarian torsion in a multiple pregnancy: conservative management via transabdominal ultrasound-guided ovarian cyst aspiration. *Fertil Steril* 2010;94(5):1910.e1-1910.e3.  
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.03.020>
  10. Huchon C, Panel P, Kayem G, Schmitz T, Nguyen T, Fauconnier A. Does this woman have adnexal torsion? *Hum Reprod* 2012;27(8):2359-64.  
<https://doi.org/10.1093/humrep/des186>
  11. Bar-On S, Mashiach R, Stockheim D, Soriano D, Goldenberg M, Schiff E, et al. Emergency laparoscopy for suspected ovarian torsion: are we too hasty to operate? *Fertil Steril* 2010;93(6):2012-5.  
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.12.022>
  12. Melcer Y, Maymon R, Pekar-Zlotin M, Vaknin Z, Pansky M, Smorgick N. Does she have adnexal torsion? Prediction of adnexal torsion in reproductive age women. *Arch Gynecol Obstet* 2018;297(3):685-90.  
<https://doi.org/10.1007/s00404-017-4628-x>
  13. Huchon C, Staraci S, Fauconnier A. Adnexal torsion: a predictive score for pre-operative diagnosis. *Hum Reprod* 2010;25(9):2276-80.  
<https://doi.org/10.1093/humrep/deq173>
  14. Takeda A, Hayashi S, Teranishi Y, Imoto S, Nakamura H. Chronic adnexal torsion: an under-recognized disease entity. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;210:45-53.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.12.006>
  15. Tsafirir Z, Hasson J, Levin I, Solomon E, Lessing JB, Azem F. Adnexal torsion: cystectomy and ovarian fixation are equally important in preventing recurrence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012;162(2):203-5.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.02.027>

#### ADNEXAL TORSION: DIAGNOSTIC CHALLENGES. A CLINICAL CASE REPORT

**P. Burkauskas, K. Baltrušaitytė, S. Barilienė**

Keywords: ovarian torsion, adnexal torsion, abdominal pain.  
Summary

Adnexal torsion is a pathology in which blood flow to the ovary and / or fallopian tubes is disrupted, leading to tissue necrosis. This pathological disorder requires a special care, due to the fact that timely diagnosing the disease is not always successful, and if undiagnosed, it could be complicated by the loss of fertility, it also could induce peritonitis or even death. The accuracy of the diagnosis depends on the available resources in the hospital and gained experience of the attending physician. This article presents a clinical case in which a patient has developed ovarian torsion that could not be diagnosed immediately regarding nonspecific symptoms and the lack of information from the imaging studies, which were performed. Positive dynamics were observed after an adequate treatment of the adnexal torsion and the patient successfully went home for the further treatment.

Correspondence to: paulius.burkauskas@gmail.com

Gauta 2020-12-17