

Kasuistik

Torkveret ovarium i 3. trimester

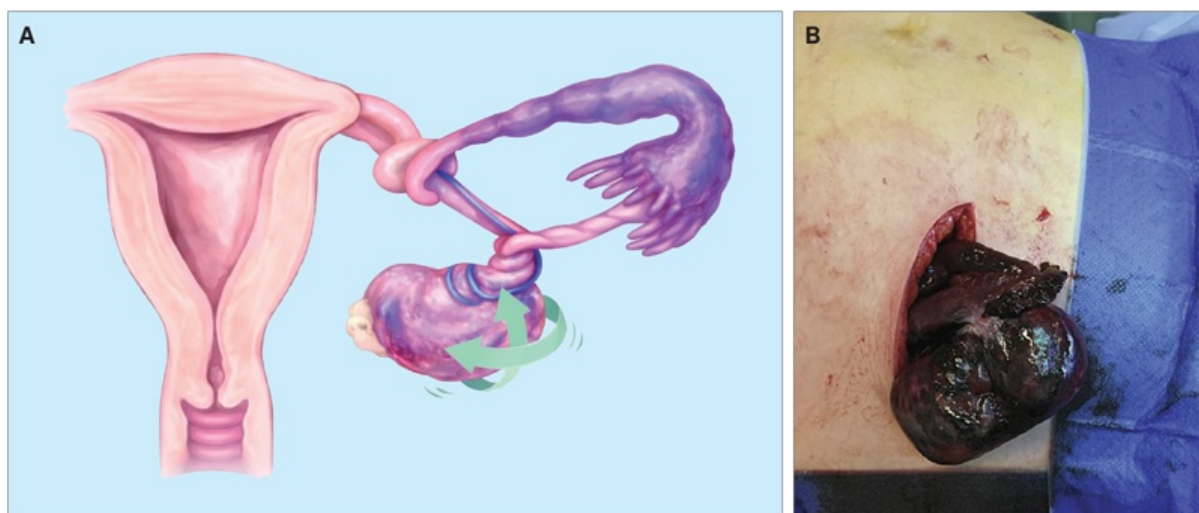
Fatima Qays Ismail, Ditte Emilie Staub Nielsen & Tina Bergmann Futtrup

Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Nordsjællands Hospital

Ugeskr Læger 2026;188:V11250973. doi: 10.61409/V11250973

Ovariet er ophængt i ligamenter, og en øget tyngde, f.eks. fra en cyste, disponerer til rotation om egen akse. Dette fører til nedsat venøst tilbageløb i ovariestilken, ødem og fri væske i bækkenet, hvilket er illustreret i Figur 1 A [1]. I svære tilfælde kan kompromitteret perfusion resultere i nekrose og intraabdominal inflammatorisk reaktion. Fænomenet kaldes komplet eller partiel torkveret ovarium. Henvendelsesårsagen er oftest turevise eller konstante nedre abdominalsmerter. Vi præsenterer her et tilfælde af torkveret ovarium hos en gravid kvinde i 3. trimester behandlet med minilaparotomi. Præsentationen var usædvanlig, da kvinden ved første vurdering fremstod klinisk upåvirket, og smerterne havde været til stede i flere dage.

FIGUR 1 A. Torkveret ovarium. Figuren er inspireret af [1] og modificeret med ChatGPT. **B.** Patientens venstre ovarium, som ses ødematøst og mørkeblåt misfarvet med en 4 cm dermoidcyste i mediale pol.



Sygehistorie

En 33-årig førstegangsfødende i gestationsalder (GA) 34+6 med kendt dermoidcyste på venstre ovarium henvendte sig med akutte mavesmerter. Hun havde i 2020 fået foretaget laparoskopisk detorkivering og cystektomi af venstre ovarium, som var forstørret til 15 × 10 × 10 cm og sæde for en benign dermoidcyste. Seks månederskontrollen viste recidiv af dermoidcysten (28 × 25 × 25 mm) med normalt flow. De efterfølgende årlige kontroller, senest ved GA 23+3, viste uændrede forhold. Ugen op til henvendelsen var smerterne turevise; sidste døgn konstante og forværret ved aktivitet. Smerterne var primært i venstre hemiabdomen, senere diffust i

hele abdomen. Transabdominal UL-skanning viste venstre ovarium med en dermoidcyste på 54 × 43 mm beliggende i øvre venstre kvadrant som følge af graviditeten. Blodforsyning til ovariet var bevaret, men med torkveringstegn (whirlpool sign). Abdomen fandtes med peritoneal reaktion og uterus irriteret med 3-4 kontraktioner/10. min. Patienten fik samme dag tokolyse og foretaget minilaparotomi med UL-vejledt incision hen over cystens beliggenhed. Venstre ovarium og salpinx fandtes torkveret 4 × om ligamentum ovarium proprium og ovariestilken. Figur 1 B viser venstre ovarium og salpinx, som er ødematøs og mørkeblåt misfarvet, med en 4 cm dermoidcyste i mediale pol. Ovariet blev detorkveret med delvis farveregeneration. Der blev foretaget ukompliceret cystektomi, og ovariet blev bevaret. Hun blev udskrevet efterfølgende dag i habituel tilstand. Hun fødte ukompliceret til termin (GA 41+6) og er planlagt til ambulantly opfølgning i gynækologisk ambulatorium.

Diskussion

Torkveret ovarium under graviditeten er en sjælden, men akut tilstand. Idet anatomien ændrer sig under graviditeten, kan tilstanden forveksles med andre akutte tilstande såsom appendicitis, kolecystitis eller nyresten [2]. I et systematisk review, der inkluderede 662 gravide med torkveret ovarium i perioden 2000-2022, forekom størstedelen af tilfældene i 1. trimester (55%), efterfulgt af 2. trimester (26%) og 3. trimester (19%) [3]. Tilstanden debuterer oftest med pludseligt indsættende stærke smerter (81%), og det hyppigste sonografiske fund er forstørret ovarium (95%), hvoraf omkring halvdelen af patienterne har nedsat flow ved Doppler-test (54%) [3, 4]. Akut behandling er essentiel for at undgå avanceret sygdom med vævsnekrose og intraabdominal inflammation med risiko for maternel morbiditet, infertilitet og præterm fødsel [3]. Litteraturen beskriver forskellige foretrukne behandlingsmetoder, og da organernes lokalisering under graviditeten ændres i takt med uterus' størrelse, afhænger valget af operationsmetode overordnet set af pladsforholdene hos den enkelte patient samt GA. I et kohortestudie beskrives laparotomi (57%) som den hyppigst anvendte operationsmetode [4], hvorimod man i et systematisk review finder laparoskopi (57%) som den foretrukne operationsmetode [3]. Ekspekterende behandling vælges i et fåtal af tilfældene (3%). De hyppigste komplikationer ved torkvering i sen graviditet er præterm fødsel (28%) og akut kejsersnit (25%) [3]. Den foreliggende sygehistorie har et særligt læringspotentiale, da den kliniske præsentation var med færre smerter end forventet, de aktuelle pladsforhold gjorde laparoskopi teknisk umulig, og GA var for lav til samtidig sectio og adneksoperation. Derfor blev minilaparotomi under tokolytisk dække vurderet som bedste behandling.

Konkluderende skal diagnosen torkveret ovarium overvejes hos gravide kvinder i alle trimestre ved abdominale smerter, der ikke kan relateres til graviditeten. Lokaliseringen af smerterne kan variere afhængigt af uterus' størrelse. Det hyppigste sonografiske fund er et forstørret ovarium, og cirka halvdelen vil have nedsat flow. Det er vigtigt, at diagnosen stilles, og at tilstanden behandles akut for at bevare kvindens fertilitet samt for at undgå materielle og føtale komplikationer.

Korrespondance *Fatima Qays Ismail*. E-mail: fatima.q.ismail@gmail.com

Antaget 17. marts 2026

Publiceret på ugeskriftet.dk 1. juni 2026

Interessekonflikter ingen. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188:V11250973

doi 10.61409/V11250973

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Adnexal torsion in the 3rd trimester

Adnexal torsion is a rare condition, but it should be considered in any pregnant patient with acute-onset abdominal pain. In this case report, a pregnant woman at 35 weeks of gestation presented with one week of alternating abdominal pain. Sonography showed an enlarged ovary with normal Doppler flow, but a typical whirlpool sign suggestive of ovarian torsion. A minilaparotomy was performed, which confirmed left-sided adnexal torsion. The ovary was detorsed, resulting in partial restoration of the ovary's colour. A cystectomy was performed, and the patient was discharged the following day.

REFERENCER

1. Naylor M, Doherty G, Draper H et al. Are there non-invasive biomarker(s) that would facilitate the detection of ovarian torsion? A systematic review and meta-analysis. *Int J Mol Sci.* 2024;25(21):11664. <https://doi.org/10.3390/ijms252111664>
2. Hasiakos D, Papakonstantinou K, Kontoravdis A et al. Adnexal torsion during pregnancy: report of four cases and review of the literature. *J Obstet Gynaecol Res.* 2008;34(4 Pt 2):683-7. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2008.00907.x>
3. Didar H, Najafiarab H, Keyvanfar A et al. Adnexal torsion in pregnancy: a systematic review of case reports and case series. *Am J Emerg Med.* 2023;65:43-52. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2022.12.026>
4. Bassi A, Czuzoj-Shulman N, Abenhaim HA. Effect of pregnancy on the management and outcomes of ovarian torsion: a population-based matched cohort study. *J Minim Invasive Gynecol.* 2018;25(7):1260-1265. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2018.03.022>
5. Ye P, Zhao N, Shu J et al. Laparoscopy versus open surgery for adnexal masses in pregnancy: a meta-analytic review. *Arch Gynecol Obstet.* 2019;299(3):625-634. <https://doi.org/10.1007/s00404-018-05039-y>