

Akut abdomen som følge af torkveret adnexa uteri hos en tiårig pige

Kristin Julia Steinhorsdottir¹, Lars Folmer Hansen² & Thue Bisgaard¹

KASUISTIK

1) Gastroenheden,
Kirurgisk Sektion,
Hvidovre hospital
2) Pædiatrisk Afdeling,
Hvidovre Hospital

Ugeskr Læger
2014;176:V03140193

Hos fertile kvinder giver smerter i nedre abdomen ofte anledning til gynækologiske differentialdiagnostiske overvejelser. Hos præpubertære piger er gynækologiske lidelser dog forholdsvis sjældne, og der er andre langt hyppigere årsager, der giver nedre abdominalsmerter hos børn, som f.eks. appendicitis acuta. Desuden vil man oftest afstå fra at udføre gynækologiske undersøgelser hos præpubertære piger pga. ubrudt hymen.

Vi præsenterer en sygehistorie, hvor en tiårig pige blev opereret akut på mistanke om appendicitis acuta med overraskende fund af et venstresidigt torkveret adnexa uteri.

SYGEHISTORIE

En i øvrigt rask tiårig præpubertær pige blev indlagt på mistanke om appendicitis. Hun havde akut opståede og gennem fire døgn tiltagende smerter over symfyssen. De seneste to døgn var der feber med kvalme, enkelte alimentære opkastninger og let dysuri, men normal afføring. Anamnestisk havde der været gulligt udflåd per vaginam gennem 14 dage. Ved den objektive undersøgelse var der ingen patologiske fund ved inspektion af ydre genitalier.

Patienten var objektivt alment medtaget med en temperatur på 38,5 °C og lokal peritoneal reaktion i højre fossa. Der var ingen tegn til hernier. På mis-

tanke om appendicitis acuta blev der foretaget diagnostisk laparoskopi. Der fandtes en normal appendix, men et venstre ovarie med ovariecyste, der var torkveret to gange og lå roteret mod højre fossa (Figur 1 A og B). Adnekset blev detorkveret, og et initialt cyanotisk, forstørret ovarie på 6 × 7 cm blev revaskulariseret, og omfanget reduceredes spontant til 4 × 4 cm. Ved operationens afslutning fremstod ovariet makroskopisk normalt, fraset let ødematøse fimbriae på salpinx. I samråd med den gynækologisk vagthavende lod man salpinx og ovarie in situ uden yderligere tiltag, jævnfør gældende retningslinjer.

Det postoperative forløb var ukompliceret. Ved tremåneders postoperativ kontrol var patienten i velbefindende og uden gynækologiske eller abdominale gener. En transabdominal ultralydundersøgelse viste normale forhold.

DISKUSSION

Torkvering af adnexa uteri er en sjælden årsag til akut abdomen hos især præpubertære børn, hvorfor evidensen på området er sparsom. I et ældre studie angives incidensen til at være 2,7% hos kvinder, der opereres for akutte, nedre abdominale smerter, og af disse vil 15% være præpubertære piger [1].

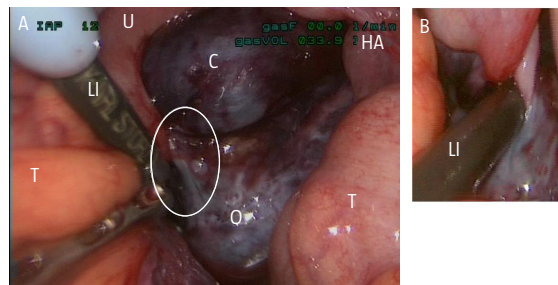
Den tilgrundliggende patologi er oftest en ovariel proces, der fungerer som omdrejningspunkt og forårsager torsionen. Hos børn er processen langt oftest benign, som for eksempel en simpel cyste [2]. Torkveringen kan medføre en hindret vene- og lymfedrænage, der kan give ødem. Ubehandlet vil den arterielle forsyning blive kompromitteret med hæmoragisk nekrose til følge [3].

Differentialdiagnoserne til torkveret adneks hos børn er bl.a. akut appendicitis, gastroenteritis, mesenteriel adenitis, urinvejsinfektion eller – sjældent – nyresten.

Der er ingen patognomoniske symptomer til torkveret adneks; de er tværtimod ofte uspecifikke, med akut indsættende unilaterale nedre abdominalsmerter som det hyppigste fund. Tilstanden er ofte ledsaget af kvalme og opkastninger (60-85%). Afhængigt af tid fra debut ses også feber og leukocytose, om end ikke så hyppigt som ved appendicitis [3, 4]. Af de nævnte differentialdiagnoser er det kun førstnævnte,

FIGUR 1

A. Torkveret venstre ovarie med ovariecyste, der var torkveret to gange og lå roteret mod højre fossa. **B.** Torkveringen i forstørrelse.



Hvid ellipse: torkveringen, der er forstørret på B.
C = cyste; HA = højre adnex; LI = laparoskopisk instrument;
O = ovarie; T = tarm; U = uterus.

der er operativt behandlingskrævende, og i tvivlstilfælde kan der argumenteres for *watchful waiting* med timers observation og klinisk revurdering. Der er ingen specifikke radiologiske fund, som entydigt kan afklare diagnosen, men ultralydskanning kan være et supplement til den øvrige kliniske undersøgelse og vil være at foretrække pga. dens tilgængelighed og noninvasive karakter uden strålingsrisiko [4, 5]. Dette er dog kun gældende, hvis der ikke er objektive fund, der indicerer akut operation, så som peritoneal reaktion.

Konkluderende må diagnosen torkveret adneks havet in mente hos piger, der uanset alder har akut opstået nedre abdominalia.

Tilstedeværelse af kvalme/opkastninger kan være en prædikator, og hvis man ikke straks finder operationsindikation hos et påvirket barn, kan transabdominal ultralydundersøgelse overvejes, og den kliniske undersøgelse bør gentages hyppigt.

SUMMARY

Kristin Julia Steinhorsdóttir, Lars Folmer Hansen & Thue Bisgaard:
Acute lower abdominal pain caused by adnexal torsion in a ten-year-old girl
Ugeskr Læger 2014;176:V03140193

A ten-year-old girl presented with four days of lower abdominal pain. A diagnostic laparoscopy on the suspicion of acute appendicitis revealed left-sided adnexal torsion. The cyanotic ovary was detorsed and recovered. At three-month follow-up there were no clinical or ultrasonic signs of pathology. The clinical presentation of adnexal torsion is unspecific and mimics several differential diagnosis. Adnexal torsion is a rare condition, especially in pre-pubertal girls. However, it must still be kept in mind when evaluating girls regardless of age with lower abdominal pain.

KORRESPONDANCE: Kristin Julia Steinhorsdóttir, Gastroenheden, Kirurgisk Sektion, Hvidovre Hospital, Kettegård Allé 30, 2650 Hvidovre. E-mail: kjs@dadnet.dk
ANTAGET: 1. maj 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 4. august 2014

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Hibbard LT. Adnexal torsion. *Am J Obstet Gynecol* 1985;152:456-61.
2. Spinelli C, Buti I, Pucci V et al. Adnexal torsion in children and adolescents: new trends to conservative surgical approach – our experience and review of literature. *Gynecol Endocrinol* 2013;29:54-8.
3. Schmitt ER, Ngai SS, Gausche-hill M et al. Twist and shout ! Pediatric ovarian torsion clinical update and case discussion. *Pediatr Emerg Care* 2013;29:518-23.
4. Poonai N, Poonai C, Lim R et al. Pediatric ovarian torsion: case series and review of the literature. *Can J Surg* 2013;56:103-8.
5. Shadinger LL, Andreotti RF, Kurian RL. Preoperative sonographic and clinical characteristics as predictors of ovarian torsion. *J Ultrasound Med* 2008;27:7-13.