
Eggledertorsjon som årsak til akutte buksmerter hos en ung, virgo jente

KLINIKK OG FORSKNING

ANNELILL VALBØ

Kvinneklubnikken
Bærum sykehus
1306 Bærum Postterminal

KRYSTYNA KOTANSKA-GRØHOLT

Avdeling for Patologi
Det Norske Radiumhospital
0310 Oslo

Akutt abdomen er en av de vanligste diagnosene ved øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Kvinnelige pasienter vil ofte bli undersøkt av gynekolog der hvor dette er mulig og de kliniske funn tilsier det. Vi presenterer en kasuistikk om en 14 år gammel jente med akutt abdomen forårsaket av torsjon av høyre eggleder isolert. Vi har gått gjennom litteraturen med tanke på problemstillingen: Kan en normal eggleder torkveres? Vi refererer teoriene omkring patogenesen for slik torkvering og premissene for at egglederen kan antas å ha vært normal før torkveringen. Tidligere publiserte tilfeller refereres og diskuteres, og vi konkluderer med at vårt vel kan være det åttende refererte tilfellet i litteraturen.

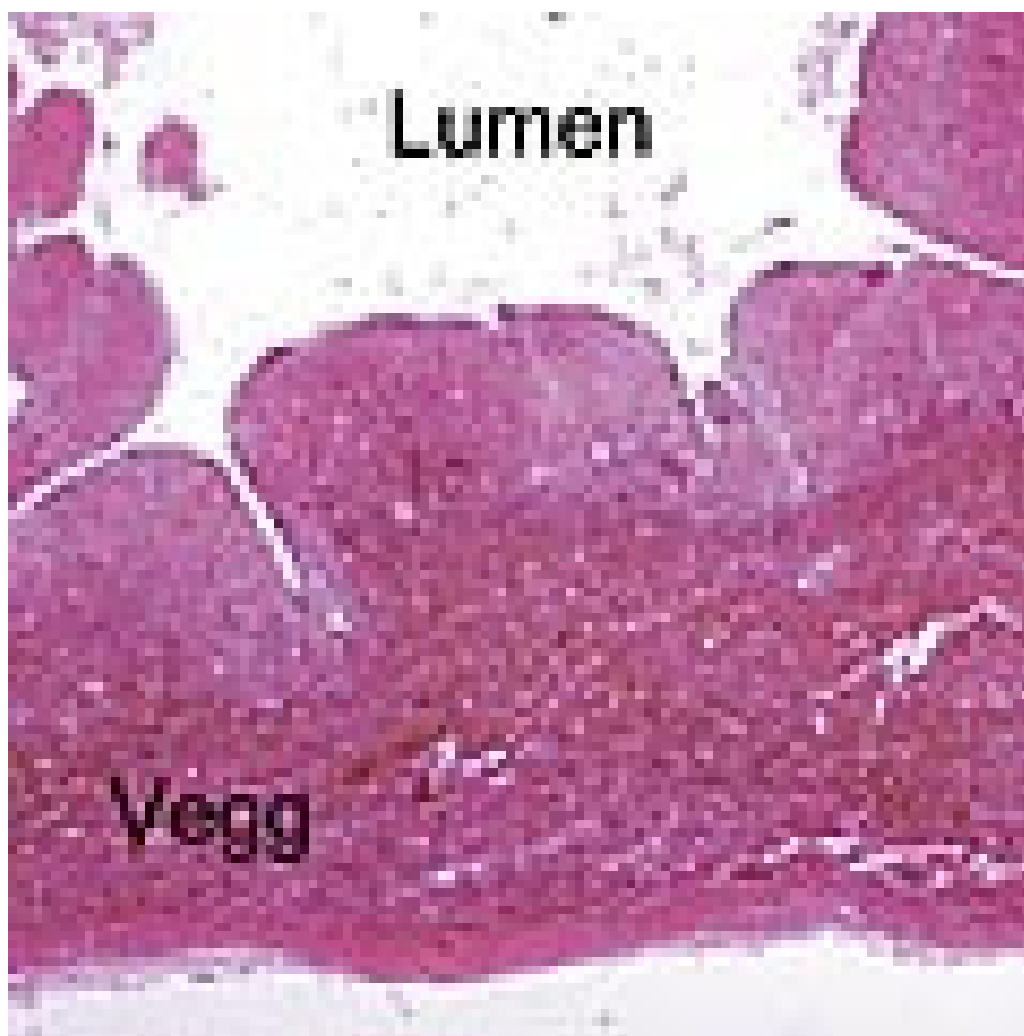
Akutte buksmerter er en av de vanligste årsakene til øyeblikkelig hjelp-innleggelse i sykehus, og atskillige bøker er skrevet om differentialdiagnostiske avveininger. Som regel henvises pasientene til kirurgisk mottakelse, og de kvinnelige pasientene vil ofte bli vurdert av vakthavende gynekolog når symptomene tilsier dette og når slik vurdering er praktisk mulig. Spørsmål om underlivsinfeksjon, ekstrauterin graviditet, torkvert eller sprukket ovarialcyste som årsak til akutte buksmerter er de vanligste problemstillingene i en gynekologisk avdeling. Om pasienten er virgo, vil det være mer nærliggende å tenke på cyste eller svulst som gynekologisk årsak til pasientens akutte buksmerter. Etter vanlig klinisk undersøkelse av abdomen vil en ultralydundersøkelse med abdominalprobe eller vaginalprobe (som også kan brukes rektalt om pasienten er

virgo), sammen med resultater av blodprøver og urinundersøkelse, som oftest avklare om det er indikasjon for laparoskopi. Med et slikt inngrep vil man i dag kunne diagnostisere og behandle de fleste kvinnelige pasienter med diagnosen akutt abdomen.

I denne artikkelen beskrives en uvanlig årsak til akutt abdomen hos en ung kvinnelig pasient.

Pasienten. 14 år gammel virgo jente, tidligere frisk og med en upåfallende pubertetsutvikling. Menarke var inntruffet ett år tidligere, og hun hadde hatt regelmessige sykler med normal blødningsmengde og varighet. Siste menstruasjon var upåfallende og startet ti dager før sykehusinnleggelsen. Tre måneder før dette hadde hun hatt fem eller seks episoder med buksmerter som varte noen timer hver gang. Smertene hadde vært lokalisert til høyre og nedenfor navlen, og hadde vært av dump karakter uten spesiell utstråling. Hun hadde ikke hatt forandring av vannlating eller avføring, og ingen feberfølelse. Etter smerteepisodene hadde hun hver gang følt seg i fin form, uten symptomer.

Under en flytur fikk hun akutt innsettende magesmerter etter en forutgående periode av et par timers varighet med oppkast og diaré. Hun ble brakt direkte fra flyplassen til sykehusets mottak med tentativ diagnose akutt appendisitt. Ved ankomst var hun uttalt smertepåvirket, afebril, BT 155/90, puls 70. Abdomen var myk, ikke slippømt, men trykkømt i hele høyre side under navlen. Urinen var normal. CRP og antall hvite blodceller var innenfor normalområdet. Hun ble henvist til gynekologisk undersøkelse der man med abdominal ultralydprobe påviste en ekkofattig oppfylling til høyre for livmoren, oppfattet som ovarialcyste. På grunn av pasientens sterke smerter, som gav mistanke om torkvering, ble det gjort laparoskopi. Man fant da normalt utseende livmor, upåfallende eggstokker bilateralt og upåfallende venstre eggleder. Høyre eggleder var sekkeformet, blåsvart, ca. 5 cm i største diameter og torkvert tre ganger ved avgangsstedet. Fimbriene var helt avflatet og knapt synlige. Hele egglederen ble klippet av med diatermisaks og fjernet i en endobag gjennom et ekstra innstikk i høyre fossa iliaca. Dagen etter var hun i fin form og forlot sykehuset for å fortsette ferien. Histologisk undersøkelse av preparatet viste dilatert tubevegg med uttalte sirkulasjonsforstyrrelser med fersk blødning og ødem, men uten tegn til betennelsesforandringer (fig 1).



Figur 1 Lysmikroskopisk bilde av formalinfiksert, parafininnstøpt, hematoksylin-eosinfarget vevssnitt fra eggledervegg viser fersk blødning uten betennelsesforandringer

Diskusjon

Den første kasuistikk om torsjon av eggleder (uten at eggstokken var involvert) ble publisert i 1890 av Bland Sutton (1). Han beskrev torsjon av saktosalpinx, der den lukkede væskefylte egglederen var en følge av gjennomgått salpingitt. I de påfølgende årene kom flere artikler om enkeltkasuistikker før den første oversikt over problemstillingen ble publisert av Praeger i 1899 (2). Dette førte til et hovedspørsmål som mange engasjerte seg i: Må en eggleder være sykdomsaffisert for å kunne torkveres, eller kan det skje med en helt normal eggleder? Det er siden 1890 publisert mer enn 370 tilfeller av isolert eggledertorsjon der det har vært underliggende patologiske forandringer i egglederen før torsjonen. Hansen antok i 1970 at årlig insidens i Danmark var en per 1,5 millioner (3).

Den første rapporten som imidlertid beskrev torkvering av angivelig normal eggleder, ble publisert i 1911 av Stark (4). Han beskrev en 46 år gammel virgo kvinne med venstresidig hematosalpinx torkvert tre ganger. I 1913 beskrev Auvray høyresidig torkvert hematosalpinx hos en 28 år gammel virgo kvinne. Han konkluderte med at forandringene i egglederen var sekundære til torkveringen (5). I tiden etter kom det

flere rapporterte kasuistikker fra Frankrike der forfatterne antok at egglederen på forhånd hadde vært normal fordi kontralaterale side var uten påvist patologiske forandringer og kvinnene var ugifte (!) (6, 7).

I 1912 hevdet Anspach at selv om det andre adneket så normalt ut hos en pasient med isolert eggledertorsjon, var det ingen garanti for at den affiserte egglederen hadde vært normal i utgangspunktet. Eventuelle forandringer (særlig tuberkuløse) kunne maskeres av torkveringens følger (8). Imidlertid anvendte man i tyske publikasjoner allerede da to forskjellige uttrykk for eggledertorkvering: ”Tubenstioldrehung” og ”Tubentorsion”, som betydde torkvering av henholdsvis patologisk og normal eggleder (9).

I 1937 publiserte Blum & Sayre en kasuistikk og en gjennomgang av litteraturen (10). De konkluderte med at torsjon av normal eggleder var både eksperimentelt reproduisert av Payr i 1906 og at fenomenet senere var godt nok dokumentert i litteraturen til at man måtte akseptere at også en normal eggleder kunne torkveres (9). Forfatterne refererte sju ulike teorier om torkveringsmekanismen:

- 1 Den hemodynamiske teori: Venene er lengre og mer slyngede (nærmest spiralformede) enn arteriene i egglederen og venøs stuvning (særlig premenstruelt) kan gi et dreiemoment og fremkalle torsjon.
- 2 Selheim-teorien: Brå forandringer i kroppsposisjon kan forårsake torkvering
- 3 Anatomisk teori: Anatomiske misforhold kan føre til torsjon, særlig hvis mesosalpinx er unormalt lang.
- 4 Fysiologisk teori: De to muskellagene i egglederen, henholdsvis i lengderetning og sirkulært, kan gi opphav til fysiologiske kontraksjoner for propulsjon av sekret. Som følge av ubalanse i disse kontraksjonene kan torsjon oppstå.
- 5 Tidlige infeksjoner i barnealder (attenuert tuberkulose, akutt utslett, vulvovaginit) kan gi ikke-erkjent saktosalpinx som årsak til torkvering
- 6 Traumeteorien: Kraftig traume mot abdomen var beskrevet som årsak til torsjon i fem kasuistikker.
- 7 Medikamentteorien: Ulike medikamenter kan forårsake spasmer i egglederne og føre til torsjon.

På bakgrunn av disse teoriene skulle torkvering av en normal eggleder hos selv en premenarkeal, virgo kvinne kunne forklares av alle teoriene untatt teori nr. 5. For å hevde at egglederen hadde vært normal på forhånd, stilte man imidlertid krav om dokumentasjon i form av histologisk undersøkelse av egglederveggen og helst av fimbrieområdet, i tillegg til peroperativ observasjon. De formulerte i tillegg fem kliniske premisser dersom histologisk undersøkelse ikke kan gi en sikker konklusjon:

- - Virgo genitalia
- - Hvis usikker virginitet, skal alderen ikke være over 14 år
- - Normale eggstokker bilateralt og normal kontralateral eggleder
- - Ingen tegn til kronisk infeksjon for øvrig
- - Normal appendix hvis torsjonen er på høyre side

Blum & Sayres kasuistikk refererte en ti år gammel jente med torkvert hematosalpinx og periappendisitt. Den kroniske inflammatoriske prosessen kunne tenkes å ha forårsaket en reaksjon i egglederens fimbrieende med lukket tubelumen som følge. De hevdet da at etter nøye gjennomgang av litteraturen var det bare tre tilfeller som etter kriteriene deres kunne klassifiseres som torsjon av normal eggleder. Det fjerde tilfellet som synes å fylle kriteriene, en 11 år gammel premenarkeal virgo jente, ble publisert i 1967 av Sherman & Greenwald (11).

Et annet diskutert problem var patofysiologien vedrørende blødningen: Ved hematosalpinx, hadde da blødningen skjedd inn i lumen først (f.eks. ved retrograd menstruasjon eller fra et rumpert kar i veggen?), eller som følge av torkveringen? Tauber postulerte i 1949 at torsjon skjedde som følge av forutgående hematosalpinx, men de fleste har i ettertiden hevdet at blødningen er en konsekvens av torsjonen som fører til venøs stase fordi venene ble avklemmt før arteriene, med påfølgende ruptur av venøse kar (12).

I alle de beskrevne kasuistikkene om hematosalpinx ble hele den torkverte egglederen fjernet. I en artikkel fra 1990 av Isenberg & Silich, der deres rapporterte tilfelle er det femte i litteraturen, postuleres dette som den eneste adekvate behandling idet egglederen ikke kan reddes når blødningen er inntruffet (13). I tillegg anbefales at man ikke detorkverer egglederen før fjerning av hensyn til risikoen for embolisering.

I tillegg til disse fem kasuistikkene har vi funnet to artikler fra henholdsvis 1994 og 1999 som beskriver torsjon av den ene egglederen hos to premenarkeale jenter hvorav den yngste var fire år gammel (14, 15). I alle disse sju tilfellene synes egglederen å ha vært normal før torkveringen.

Hos vår 14-årige pasient som var virgo og menstruerende siden 13 års alder, var de episodene hun hadde hatt med kortvarige smerteanfall mest sannsynlig episoder med torkveringstilløp. Vi har konferert med hennes pårørende som opplyser at pasienten ikke hadde gjennomgått febrile barnesykdommer som rubeola, rubella, febrilt utslett eller liknende infeksiose tilstander. Vår pasient kan vel da være den åttende som er beskrevet i litteraturen der det ikke har foreligget patologiske forandringer i egglederen før torkveringen idet alle Blum & Sayres kriterier for mulig torsjon av normal eggleder kan innfris hos henne. Vi fikk også bekreftet histologisk at det ikke forelå betennelsesforandringer i egglederveggen (fig1).

Den akademiske siden av den beskrevne problemstillingen og diskusjonen kan være utfordrende nok. Vår hovedhensikt med denne kasuistikken er likevel å minne om at helt unge, virgo, jenter *kan* ha en gynekologisk lidelse som årsak til akutt abdomen.

LITTERATUR

1. Sutton JB. Salpingitis and some of its effects. Lancet 1890; 2: 1146 – 8.
2. Praeger J. Ueber Stieldrehung der Eileitergeschwuelste. Arch f Gynaek 1899; 58: 579 – 92.
3. Hansen OH. Isolated torsion of the Fallopian tube. Acta Obstet Gynecol Scand 1970; 49: 3 – 6.
4. Stark J. Acute torsion of normal appendages with hematosalpinx. J Obstet & Gynaec Brit Emp 1911; 19: 258 – 60.

5. Auvray M. Nouveau cas de torsion spontane...e de la trompe saine. Arch Mens d'Obst et de Gynèc 1913; 2: 97 – 104.
6. Michon L. Le volvulus des annexes saines (« propos de 5 cas personnels). Gynec et Obst 1930; 21: 103 – 19.
7. Caraven J. Torsion des annexes normales avec he...matocèle pelvienne. Bull et Mèm Soc Nat de Chir 1927; 53: 550 – 8.
8. Anspach BM. The torsion of tubal enlargements with especial reference to pyosalpinx. Am J Obstet 1912; 66: 553 – 95.
9. Payr E. Weitere experimentelle und klinische Beiträge zur Frage der Stieldrehung intraperitonealer Organe und Geschwulste. Deutsche Ztschr F Chir 1906; 85: 392 – 451.
10. Blum LL, Sayre BE. Torsion of the Fallopian tube in the virgin. Archives of Surgery 1937; 34: 1032 – 48.
11. Sherman R, Greenwald JC. Torsion of the undiseased Fallopian tube in premenarcheal female. N Y State J Med 1967; 1900 – 2.
12. Tauber R. Twisted hematosalpinx. Am J Surg 1949; 77: 661 – 6.
13. Isenberg JS, Silich R. Isolated torsion of the normal Fallopian tube in premenarchial girls. Surg Gynecol Obstet 1990; 170: 353 – 4.
14. Kurtzbat E, Mares AJ, Cohen Z, Mordehai J, Finaly R. Isolated torsion of the Fallopian tube in premenarcheal girls. J Pediatr Surg 1994; 29: 1384 – 5.
15. Huang FJ, Chang SY, Lu YI. Laparoscopic treatment of isolated tubal torsion in a premenarcheal girl. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1999; 6: 209 – 11.

Publisert: 10. august 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 13. september 2026.