
Adnektorsjon ved teratom hos jente i tidlig tenårene

KORT KASUISTIKK

SIBI ANPALAGAN

a.sibi@hotmail.com

Barne- og ungdomsklinikken

Akershus universitetssykehus

Sibi Anpalagan er medisinstudent.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TONJE LISA SKJERPAN NORDAHL

Gynekologisk avdeling

Sykehuset Innlandet, Elverum

Tonje Lisa Skjerpan Nordahl er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og er overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter:

Hun har undervist ved jordmorutdanningen på Oslomet.

TEROY ANJALO GABRIEL

Kvinneklubben

Akershus universitetssykehus

Teroy Anjalo Gabriel er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og er overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JETTE ELISABETH STÆR JENSEN

Kvinneklubben

Akershus universitetssykehus

Jette Elisabeth Stær Jensen er ph.d., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og er overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter:

Hun har mottatt foredragshonorar fra Gideon Richter og støtte til å dra på konferanse fra GE Healthcare og Pharmacosmos.

FRANZISKA SIAFARIKAS

Kvinneklubben

Akershus universitetssykehus

og

Klinikk for kirurgiske fag

Universitetet i Oslo

Franziska Siafarikas er ph.d., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege og førsteamanuensis.

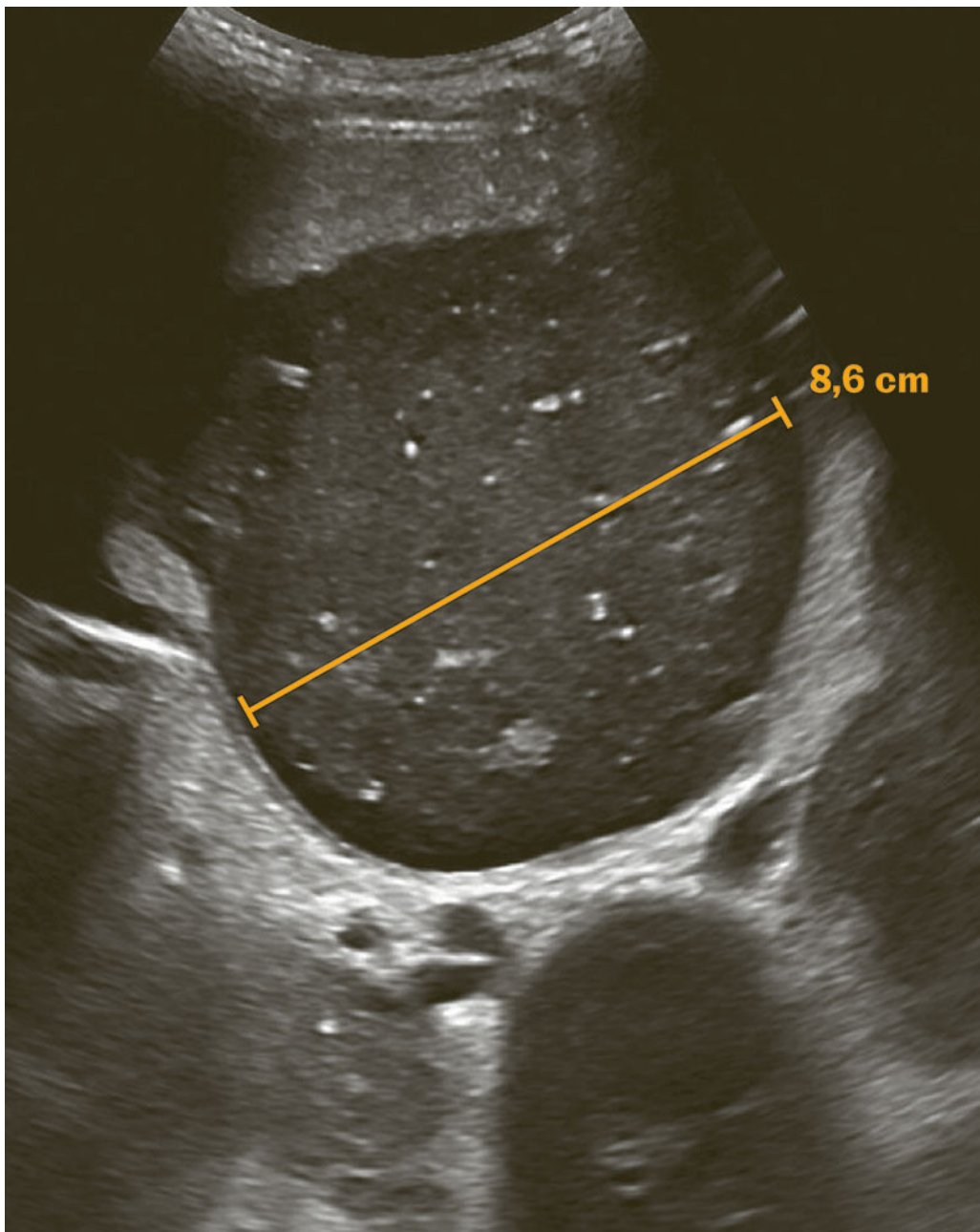
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Adnektorsjon er en tilstand hvor eggstokken og/eller tuben roterer rundt sin egen vaskulære pedikkel, som kan medføre okklusjon av blodtilførselen og iskemi. Denne kasuistikken viser hvordan symptomene hos barn og unge tenåringsjenter kan være uspesifikke og etterligne andre tilstander.

En ung tenåringsjente ble fire måneder etter menarke innlagt på barneavdelingen etter tre døgns sykehistorie med lettgradige smerter i nedre abdomen. Smertene ble beskrevet som konstante med forverring under bevegelse. Hun opplevde i tillegg episoder med kvalme og oppkast. Pasienten hadde kjent medikamentkrevende obstipasjonstendens og hadde ikke hatt avføring på fem dager. Dagen før innleggelsen ble C-reaktivt protein (CRP) målt til 9 mg/L (referanseområde < 5).

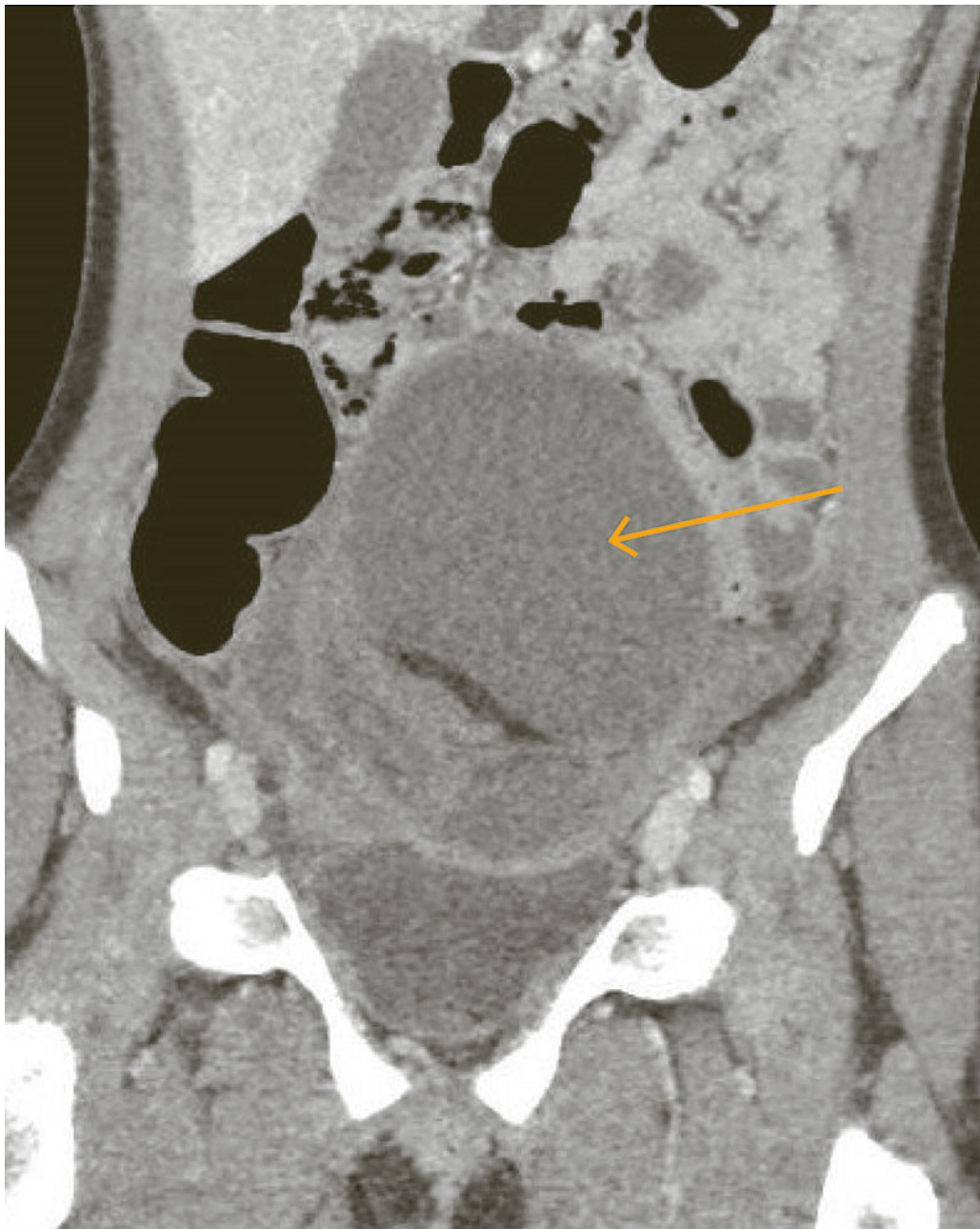
Ved klinisk undersøkelse fremstod pasienten som lite smertepreget. Det ble palpert en ca. 10 × 7 cm fast oppfylling i høyre hypogastrium, med lokal ømhet direkte over massen. Buken var ellers uøm og uten tegn til peritoneal irritasjon. Pasienten var hemodynamisk stabil og afebril. CRP hadde steget til 98 mg/L, men funnene på øvrige blodprøver var normale, inkludert hemoglobin-, leukocyt-, lever- og galleverdier. Urinstiks viste pH 6,0, protein +2, og ketoner +4. Urin-hCG var negativ.

For å utelukke gynekologisk patologi ble en transabdominal ultralyd utført av gynekolog, uten at ovariene lot seg visualiseres tilstrekkelig. Da pasienten var virgo, ble det utført en transrektal ultralyd. Denne viste en høyresidig oppfylling med blandet ekkogenisitet, uten påvisbar dopplerblodstrøm eller akustisk skygge, som ble vurdert som sannsynlig ekstragenital i opprinnelse. Venstre ovarium viste multiple folikkelcyster, mens høyre ovarium ikke ble visualisert. Pasienten ble dermed henvist til radiolog for videre utredning av oppfyllingen, der en ny transabdominal ultralyd ble tolket til å vise dilatert tarm med fekalisert innhold med diameter på 8,6 cm (figur 1).



Figur 1 Transabdominal ultralyd viser en cystisk struktur målt til 8,6 diameter, som ble tolket som fekalisert innhold i colon.

Basert på en samlet vurdering av ultralydfunn og kjent obstipasjonstendens ble symptomene vurdert som forårsaket av fekal impaksjon. Hun ble innlagt for tømningsregime og intravenøs væskebehandling. Ved tilsyn påfølgende dag hadde det vært minimalt med avføring og hun fremstod slapp med økt palpasjonsømheter i nedre abdomen. Blodprøvene viste stigende CRP på 166 mg/L, med ellers upåfallende hematologisk profil. Grunnet manglende klinisk bedring ble det gjennomført en computertomografi (CT) av abdomen og bekken, som avdekket funn forenlig med et cystisk teratom i høyre ovarium (figur 2) og mistanke om torsjon av høyre adneks.



Figur 2 CT abdomen og bekken i koronalt snitt viser et forstørret høyre ovarium med en cystisk lesjon forenlig med et modent cystisk teratom (pil).

Akutt laparoskopi bekreftet torsjon av høyre ovarium og tube samt en høyresidig ovariecyste. Adnekset fremstod blålig marmorert og ødematøs ved inspeksjon. Det ble utført cysteekspirasjon og detorkivering av adnekset med påfølgende bedring av farge i ovarium og tube. Av hensyn til alder og fertilitet ble det besluttet å bevare adnekset, med planlagt postoperativ kontroll. Histologisk undersøkelse bekreftet et modent cystisk teratom (dermoid cyste).

Ved gynekologisk poliklinisk kontroll tolv uker etter operasjon var pasienten smertefri, hadde gjenopptatt normal daglig aktivitet og hadde regelmessig menstruasjon. Transabdominal ultralyd viste to normale ovarier og en normal stor uterus uten fri væske i det lille bekkenet. Høyre ovarium fremstod som normalt stort med små follikler uten cystiske strukturer og var velvaskularisert. Videre oppfølging ble ansett som ikke nødvendig.

Diskusjon

Adnekstorsjon er en tilstand der adnekset roterer rundt sin egen vaskulære akse, og dette kan føre til iskemi og redusert fertilitet. I over 90 % av tilfellene presenteres tilstanden med akutt innsettende, intense og takvise smerter i bekkenregionen, med utstråling mot flanker eller lyskene. Oppkast forekommer hos omtrent 80 % av pasientene (1). Hos barn og unge tenåringsjenter kan smertene oppleves lette til moderate og intermitterende eller konstante (2). Forhøyet CRP og leukocytose kan forekomme som et tegn på iskemi og organnekrose (3).

Hos kvinner som opereres grunnet akutte bekkensmerter, utgjør forekomsten av adnekstorsjon, 2,5–7,4 % (4). Adnekstorsjon er hyppigst i aldersgruppen 20–40 år, og 80 % av torsjonstilfellene er konsekvens av ovariale masser som øker ovariets størrelse, mobilitet og torsjonsrisiko (5). Hos barn og tenåringsjenter er torsjon sjelden, men kan oppstå i alle pediatrike aldersgrupper. Om lag halvparten av tilfellene forekommer i 9–14 års alder, med en median alder på 11 år (6). I denne aldersgruppen ses det oftest germinalcelletumorer, som er benigne teratomer, eller funksjonelle cyster. Malignitet er ytterst sjelden (2). Hos barn og unge tenåringsjenter forekommer 46 % av torsjonstilfellene uten cystiske forandringer og ellers synlige patologiske forandringer (7).

Grunnet uspesifikke symptomer hos barn og tenåringsjenter kan den kliniske presentasjonen av adnekstorsjon være vanskelig å tolke. Ultralyd er førstevalg, primært transabdominal, supplert med transvaginal eller transrektal ved behov for bedre visualisering (2). Typiske funn inkluderer forstørret affisert ovarium, oppfyllinger samt redusert eller manglende venøs og arteriell blodstrøm ved doppler (8). Ultralyddiagnostikk ved adnekstorsjon kan være utfordrende, selv for erfarne spesialister, og har moderat til god sensitivitet og spesifisitet i ulike studier (9). Ved inkonklusive resultater kan CT eller MR benyttes.

Tidsintervallet fra symptomdebut til kirurgisk detorkvering påvirker ovariets prognose, men grunnet ovariets bilaterale blodforsyning fra arteria ovarica og arteria uterina er terskelen for irreversibel skade uavklart (8). Kun 20 % av visuelt vurderte nekrotiske ovarier har histopatologisk bekreftet nekrose. I 90 % av tilfellene ses det også normal follikulær utvikling og postoperativ bevaring av ovariefunksjon etter detorsjon (10). Etter nasjonale retningslinjer anbefales detorsjon av adnekset kombinert med fjerning av ovarialcyster dersom slike er til stede. Ovariektomi anbefales kun ved mistanke om malignitet, alvorlig infeksjon eller autoamputasjon. Det er ingen forskjell i diagnostikk og behandling ved mistanke om ovarialtorsjon hos prepubertale og postpubertale kvinner i fertil alder (11).

Pasienten og pårørende har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

LITTERATUR

1. <http://dx.doi.org/10.1067%2Fmem.2001.114303> doi: 10.1067/mem.2001.114303. Houry D, Abbott JT. Ovarian torsion: a fifteen-year review. Ann Emerg Med 2001;

38: 156 – 9. [PubMed] [CrossRef]

2. <http://dx.doi.org/10.1097%2FAOG.0000000000003373> doi: 10.1097/AOG.0000000000003373. Adnexal Torsion in Adolescents. Adnexal Torsion in Adolescents: ACOG Committee Opinion No, 783. Obstet Gynecol 2019; 134: e56 – 63. [PubMed] [CrossRef]

3. Singh B, Goyal A, Patel BC. C-Reactive Protein: Clinical Relevance and Interpretation. StatPearls Publishing 2026.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441843/> Lest 18.5.2026.

4. [http://dx.doi.org/10.1016%2FS0002-9378\(85\)80157-5](http://dx.doi.org/10.1016%2FS0002-9378(85)80157-5) doi: 10.1016/S0002-9378(85)80157-5. Hibbard LT. Adnexal torsion. Am J Obstet Gynecol 1985; 152: 456 – 61. [PubMed] [CrossRef]

5. <http://dx.doi.org/10.1542%2Fpeds.2009-1360> doi: 10.1542/peds.2009-1360. Guthrie BD, Adler MD, Powell EC. Incidence and trends of pediatric ovarian torsion hospitalizations in the United States, 2000-2006. Pediatrics 2010; 125: 532 – 8. [PubMed] [CrossRef]

6. <http://dx.doi.org/10.1007%2Fs00247-015-3385-x> doi: 10.1007/s00247-015-3385-x. Ngo AV, Otjen JP, Parisi MT et al. Pediatric ovarian torsion: a pictorial review. Pediatr Radiol 2015; 45: 1845 – 55, quiz 1842 - 4. [PubMed] [CrossRef]

7. <http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jpag.2018.07.003> doi: 10.1016/j.jpag.2018.07.003. Adeyemi-Fowode O, Lin EG, Syed F et al. Adnexal Torsion in Children and Adolescents: A Retrospective Review of 245 Cases at a Single Institution. J Pediatr Adolesc Gynecol 2019; 32: 64 – 9. [PubMed] [CrossRef]

8. <http://dx.doi.org/10.1097%2FGCO.0000000000000787> doi: 10.1097/GCO.0000000000000787. Chang-Patel EJ, Palacios-Helgeson LK, Gould CH. Adnexal torsion: a review of diagnosis and management strategies. Curr Opin Obstet Gynecol 2022; 34: 196 – 203. [PubMed] [CrossRef]

9. <http://dx.doi.org/10.1002%2Fuog.24976> doi: 10.1002/uog.24976. Garde I, Paredes C, Ventura L et al. Diagnostic accuracy of ultrasound signs for detecting adnexal torsion: systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol 2023; 61: 310 – 24. [PubMed] [CrossRef]

10. <http://dx.doi.org/10.1007%2Fs00404-021-06008-8> doi: 10.1007/s00404-021-06008-8. Novoa M, Friedman J, Mayrink M. Ovarian torsion: can we save the ovary? Arch Gynecol Obstet 2021; 304: 191 – 5. [PubMed] [CrossRef]

11. Norsk gynekologisk forening. Benigne ovarialcyster. Metodebok.no.
[https://metodebok.no/emne/cS56JKvX/benigne-ovarialcyster-\(2024\)/veieder-gynekologi-\(ngf\)](https://metodebok.no/emne/cS56JKvX/benigne-ovarialcyster-(2024)/veieder-gynekologi-(ngf)) Lest 18.5.2026.

Publisert: 12. august 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0087

Mottatt 29.1.2026, første revisjon innsendt 2.5.2026, godkjent 18.5.2026.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 18. august 2026.