

- ment of endometriosis: a randomized, placebo-controlled, double blind study. *Fertil Steril* 1990;54:419-27
27. Sutton CJG et al. Prospective, randomized, double blind, controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal, mild, and moderate endometriosis. *Fertil Steril* 1994;62:696-700
  28. Crosignani PG et al. Laparoscopy versus laparotomy in conservative surgical treatment for severe endometriosis. *Fertil Steril* 1996; 66:706-11
  29. Bateman BG et al. Endoscopic versus laparotomy management of endometriomas. *Fertil Steril* 1994; 62:690-5.
  30. Telimaa S et al. Placebo-controlled comparison of Danazol and high-dose medroxyprogesterone acetate in the treatment of endometriosis after conservative surgery. *Gynecol Endocrinol* 1987; 1:363-71
  31. Hornstein MD et al. Use of nafarelin versus placebo after reductive laparoscopic surgery for endometriosis. *Fertil Steril* 1997;68:860-4
  32. Parazzini F et al. Postsurgical medical treatment of advanced endometriosis: results of a randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:1205-7
  33. Vercellini P et al. A gonadotrophin-releasing hormone agonist compared with expectant management after conservative surgery for symptomatic endometriosis. *Br J Obstet Gynaecol* 199;106:672-7
  34. Ling FW. Randomized controlled trial of leuprolide in patients with chronic pelvic pain and clinically suspected endometriosis. Pelvic Pain Study Group. *Obstet Gynecol* 1999; 93:51-58
  35. Guerriero S et al. The role of endovaginal ultrasound in differentiating endometriomas from other ovarian cysts. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1995; 22:20-22
  36. Donnez J et al. Evaluation of preoperative use of danazol, gestrinone, lynestrenol, buserelin spray and buserelin implant, in the treatment of endometriosis associated infertility. In: Chadha DR eds. *Current concepts in endometriosis*. New York: Alan R Liss Inc. 1990:427-442
  37. Muzii L et al. The impact of preoperative gonadotropin-releasing hormone agonist treatment in laparoscopic excision of ovarian endometriotic cysts. *Fertil Steril* 1996;65:1235-7
  38. Sheck Y et al. Endometriosis with a pleural effusion and ascites. Report of a case treated with nafarelin acetate. *J Reprod Med* 1995;40:540-2
  39. Espulella J et al. Pulmonary endometriosis: conservative treatment with GnRH agonists. *Obstet Gynecol* 1991;78:535-7
  40. Johnson WM et al. Pulmonary endometriosis: treatment with danazol. *Obstet Gynecol* 1987;69:506-7
  41. ACOG Practice Bulletin. Medical management of endometriosis. N.11, December 1999

## Torsione isolata della Tuba: un caso clinico

Vittorio Bruno Ercolano, Francesco Manganaro, Salvatore Ercolano

U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia P.O. Vico Equense "De Luca E Rossano"

### Riassunto

Il dolore addominale acuto nella donna è una situazione di frequente riscontro in pronto soccorso, e, in genere, richiede anche una visita ginecologica al fine di stabilire la causa del dolore.

Generalmente nelle donne giovani, e soprattutto nelle donne che non hanno rapporti sessuali, va esclusa la possibilità di una appendicite acuta.

La visita e l'ecografia ginecologica, tende ad escludere la possibilità che la sintomatologia dolorosa possa essere ricondotta ad un corpo luteo emorragico, rottura di cisti ovarica, gravidanza extra-uterina, ascesso tubo-ovarico.

Il caso descritto di seguito si riferisce ad una causa molto rara di dolore pelvico in una donna giovane, la torsione isolata di tuba con ematosalpinge.

**Parole chiave:** torsione isolata di tuba, laparoscopia, dolore pelvico acuto

### Summary

Acute pelvic pain in women is a common cause in emergency room, and often requires a gynecologic examination to do diagnosis.

In young women, especially who have not sexual activity, appendicitis is the most common cause of acute pelvic pain.

Gynecological examination and sonography, have to exclude possibility of hemorrhagic ovarian cyst, rupture of ovarian cyst, ectopic pregnancy, tuboovarian abscess.

This case report referred to a rare cause of pelvic pain in an adolescent female: isolated tubal torsion with ematosalpinx.

**Key words:** isolated tubal torsion, laparoscopy, acute pelvic pain

### Caso clinico

La paziente D.P. si ricovera presso il nostro istituto con la sintomatologia di dolore addominale riferito da circa 48 ore. L'esame obiettivo evidenziava un addome trattabile con spiccata dolenzia evocata alla palpazione dei quadranti addominali inferiori. All'ingresso in ospedale gli esami di laboratorio erano nella norma e l'ecografia ginecologica transaddominale non evidenziava masse annessiali né raccolte libere nel Douglas.

A distanza di 12 ore la sintomatologia dolorosa risultava ingravescente. Gli esami di laboratorio evidenziavano un aumento dei globuli bianchi, mentre l'ecografia descriveva la comparsa di una falda liquida nel Douglas.

Pertanto veniva eseguita una laparoscopia per il sospetto diagnostico di appendicite.

All'introduzione dell'ottica si evidenziava la presenza di liquido libero in cavità peritoneale. L'appendice vermiforme era perfettamente normale. L'annessio destro risultava normale, mentre a sinistra si evidenziava un ovaio normale per forma e dimensioni ed una tuba torta nella sua porzione distale, rigonfia per la presenza di ematocele e necrotica.

Si procedeva pertanto all'asportazione della tuba torta e necrotica.

La paziente veniva quindi dimessa in buone condizioni generali in II giornata post-operatoria.

### Discussione

La torsione della tuba di Falloppio è un evento molto raro, la cui diagnosi spesso può essere confermata solo dopo intervento chirurgico (1). Essa può intervenire anche in assenza di masse annessiali (2).

La laparoscopia gioca un ruolo importantissimo nel determinare la diagnosi e nel successivo trattamento (3).

Questa patologia entra in diagnosi differenziale con le altre cause di dolore pelvico acuto, quali la cisti ovarica emorragica, la rottura di cisti ovarica, la rottura di cisti endometriosa o di cisti dermoide, la gravidanza extra-uterina, la torsione dell'annessio, l'ascesso tubo-ovarico (4).

Si presenta con dolore ai quadranti addominali inferiori, insorto in maniera acuta e rapidamente ingravescente, spesso accompagnato da sintomi gastro-intestinali quali nausea e vomito. La peristalsi intestinale è di solito normale ((5).

Diversi casi sono stati riportati in letteratura. L'assenza di sintomi patognomici, segni clinici specifici, di un quadro ecografico suggestivo o di particolari alterazioni degli esami di laboratorio, fanno sì che la diagnosi preoperatoria sia difficile.

In passato veniva trattata mediante chirurgia laparotomica. L'avvento della laparoscopia in ginecologia ha cambiato l'approccio diagnostico e terapeutico.

L'eziologia della torsione di tuba è sconosciuta. In genere essa è la conseguenza di una cisti o di un tumore ovarico.

Sono stati descritti casi di torsione di tuba durante la gravidanza (7), dopo sterilizzazione tubarica (8), in conseguenza di un tumore primitivo della tuba (9), ematosalpinge (10), durante il travaglio di parto (11) e in una donna prepubere con endometriosi (12).

Sembrirebbe che la torsione possa essere determinata da una serie di eventi meccanici(13). Il processo potrebbe avere inizio dalla stenosi o compressione dei vasi venosi e linfatici, legata ad un tumore ovarico, gravidanza, idrosalpinge, o aderenze conseguenti a PID o interventi chirurgici sulla pelvi. Questa ostruzione sarebbe causa di congestione pelvica, con edema locale e conseguente ingrossamento dell'annessio, la qual cosa determinerebbe la torsione. Altresì l'ostruzione della parte distale della tuba, insieme alla normale secrezione delle ghiandole tubariche, potrebbe essere causa di idrosalpinge, che è fattore di rischio per la torsione.

La diagnosi definitiva di torsione della tuba si ha solo dopo la laparoscopia.

La risoluzione della torsione dell'annessio per via laparoscopica sarebbe la terapia ottimale, poiché le pazienti sono in genere in età fertile. Questa non è possibile quando la tuba è necrotica.

La laparoscopia offre vantaggi enormi rispetto all'approccio laparotomico. Il ricovero è più breve, il dolore post-operatorio è notevolmente meno accentuato, i residui post-chirurgici in termini di aderenze sono in genere insignificanti, la qual cosa è molto importante per le donne che desiderano preservare la fertilità (1,6). Pertanto oggi rappresenta la metodica di riferimento per la diagnosi ed il trattamento di questa affezione.

### Bibliografia

1. Dedecker F, Graesslin O, Khider Y, Fortier D, Quereux C, Gabriel R. Isolated torsion of the Fallopian tube in a 15-year old adolescent. About one case. *Gynecol. Obstet. Fertil.* 2003 Dec; 31 (12): 1036-8
2. Maynard SR, Peipert JF, Brody JM. Tubal torsion appearing as acute pelvic inflammatory disease. *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.* 1996 May; 3(3): 431-3
3. Wang PH, Yuan CC, Chao HT, Shu LP, Lai CR. Isolated tubal torsion managed laparoscopically. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 200 AUG; 7(3): 423-7
4. Kjawakami S. Gynecologic and obstetric disorders presenting with abdominal pain. *Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi.* 2001 Feb; 61(3): 75-83

5. Habib E, Mekkaoui M, Elhadad A. Value of celioscopy in treatment of isolated torsion of the Fallopian tube. Review of the literature. A propos of 3 cases. *Ann. Chir*: 1998; 52(2):137-45
6. Rizk DE, Lakshminarasimha B, Joshi S. Torsion of the Fallopian tube in an adolescent female: a case report. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2002 June; 15(3):159-61
7. Kushner DH, Rosenbaum M. Torsion of Fallopian tube complicating pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1952;64:935.
8. Muldoon MJ. Gynaecological illness after sterilization: *Br Med J* 1972;1:84-5
9. Sanyal R, Chakraborty A, Ghosh D. Primary carcinoma of the Fallopian tube with torsion. *J Indian Med Assoc* 1989;87:145-6
10. Furui T, Imai A, Yokoama Y, Tamaya T. Hematosalpinx and torsion of the Fallopian tube in a virgin girl. *Gynecol Obstet Invest* 1993;35:123-5
11. Sorem KA, Bengston JM, Walsh B. Isolated fallopian tube torsion presenting in labor. A case report. *J Reprod Med* 1991;36:763-4
12. Peng T, Parmley TH, Genadry R. Endometriosis and perimenarchal tubal torsion. A case report. *J Reprod Med* 1989;34:934-6
13. Bernardus RE, Van der Slikke JW, Roex AJ, Dijkhuizen GH, Stolk JG. Torsion of the fallopian tube: some considerations on its etiology. *Obstet Gynecol* 1984;64:675-8