

## گزارش یک مورد چرخش لوله‌ی فالوپ ناشی از تومور کارسینوئید در یک خانم باردار

دکتر الهام نقشینه<sup>۱</sup>، دکتر مرضیه توکلی<sup>۲</sup>

### گزارش مورد

#### چکیده

**مقدمه:** چرخش لوله فالوپ از علل غیر شایع درد قسمت تحتانی شکم به خصوص در سنین باروری است. علائم بالینی غیر اختصاصی بوده، شامل درد حاد شدید قسمت تحتانی شکم همراه با تهوع و استفراغ می‌باشد که اغلب بعد از جراحی به علت شکم حاد تشخیص داده می‌شود. تشخیص فوری و اقدام جراحی بموقع می‌تواند سبب حفظ لوله رحمی گردد. تشخیص و درمان زودرس برای حفظ باروری فرد ضروری است. در موارد مشکوک به چرخش لوله فالوپ، درمان جراحی را نباید به تعویق انداخت، زیرا با تعویق درمان، لوله درگیر دچار نکروز شده و عملکرد خود را از دست خواهد داد.

**گزارش مورد:** این گزارش از خانم باردار با حاملگی نزدیک به ترم است که بیش از ۷ ماه دردهای مکرر در قسمت تحتانی راست شکم داشت و به دلیل افت قلب جنین سزارین شد. لوله فالوپ دچار چرخش و نکروز شده بود که سالپنژکتومی انجام گردید و در پاتولوژی، تومور کارسینوئید گزارش شد.

**نتیجه‌گیری:** این مورد نادر بوده و از تشخیص‌های افتراقی شکم حاد در طی بارداری می‌باشد.

**واژگان کلیدی:** چرخش لوله فالوپ، حاملگی، سالپنژکتومی

**ارجاع:** نقشینه الهام، توکلی مرضیه. گزارش یک مورد چرخش لوله‌ی فالوپ ناشی از تومور کارسینوئید در یک خانم باردار. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۳؛ ۳۲ (۲۷۷): ۲۹۷-۲۹۲

#### مقدمه

چرخش لوله‌ی فالوپ یک علت غیر شایع برای درد در قسمت تحتانی شکم با شیوع یک مورد در هر ۱۵۰۰۰۰۰ زن در سال می‌باشد (۱). سن بروز در ۸۰ درصد موارد، سنین باروری است و در حدود ۱۲ درصد موارد در طی حاملگی دیده می‌شود (۲-۳). به علت خون‌رسانی غنی لوله از شاخه‌های شریان تخمدانی و رحمی، قبل از انفارکتوس واضح لوله، درجاتی از ایسکمی بروز می‌نماید. ممکن است در ابتدا چرخش لوله، متناوب و یا ناقص باشد و بیمار با سابقه‌ی درد

متناوب زیر شکم، از مدتی قبل مراجعه کند (۳-۱). علل چرخش شامل دو گروه عمده‌ی علل داخلی شامل پیچ و خم‌دار بودن لوله و افزایش طول لوله‌ی رحمی، هماتوسالپنکس یا هیدروسالپنکس، نئوپلاسم لوله‌ی رحمی، بستن لوله‌ی رحمی، مزوسالپنکس ناکامل انتهایی، اختلال اتونومی، حرکت غیر طبیعی لوله‌ی رحمی و علل خارجی شامل توده‌های تخمدانی و اطراف تخمدانی، بزرگی رحم به دلیل بارداری یا تومور، چسبندگی به لوله‌ی رحمی،

۱- استادیار. گروه زنان و مامایی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دستیار. گروه زنان و مامایی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر مرضیه توکلی

حرکت ناگهانی بدن یا تروما، احتقان لگن و واکنش دارویی با اسپاسم لوله‌ی رحمی می‌باشد (۳).

تشخیص این عارضه، قبل از عمل جراحی مشکل است و تشخیص فوری و اقدام جراحی به موقع، می‌تواند سبب حفظ لوله‌های رحمی شود. با توجه به خون‌رسانی لوله‌ی فالوپ از شریان تخمدانی، استفاده از سونوگرافی داپلر می‌تواند در تشخیص چرخش لوله کمک کننده باشد (۳-۵).

وجود جریان خون طبیعی، رد کننده‌ی چرخش نمی‌باشد و ۶۰ درصد موارد چرخش که با جراحی تشخیص داده می‌شود، دارای جریان خون طبیعی هستند (۳، ۶-۷).

تورشن لوله‌ی رحمی یک بیماری نادر با علایم مختلف است. از اتیولوژی و اپیدمیولوژی بیماری اطلاعات کاملی در دسترس نیست. علایم بالینی، غیر اختصاصی و شامل درد حاد و شدید قسمت تحتانی شکم همراه با تهوع و استفراغ می‌باشد. به دلیل عدم وجود علایم اختصاصی، اغلب تشخیص و اقدام جراحی با تأخیر انجام می‌شود (۸-۹). درد در حفره‌ی ایلیاک لولکالیزه است و ممکن است به ران یا پهلو انتشار پیدا کند. درجه‌ی حرارت و تعداد نبض به طور معمول، طبیعی یا مختصری بالا و وضعیت عمومی بیمار خوب است (۱۰). چرخش لوله در طرف راست شایع‌تر از چپ می‌باشد (۱۱). این بیماری در صورت عدم تشخیص و درمان به موقع، می‌تواند منجر به عوارض جدی مانند گانگرن گردد (۱۲).

### گزارش مورد

مورد معرفی خانم باردار ۲۷ ساله بود که بیش از ۷ ماه دچار دردهای مکرر در قسمت راست شکم بود و

با تشخیص‌های متعدد (تهدید به سقط و زایمان زودرس) تحت درمان قرار گرفته بود. در بررسی‌های پاراکلینیکی انجام شده، یافته‌ی غیر طبیعی گزارش نشده بود. وی در سن بارداری ۳۵ هفته با شکایت درد ناگهانی شکم در ناحیه‌ی Right lower quadrant (RLQ) مراجعه نمود که در این زمان فاقد تهوع و استفراغ بود و در معاینه، تندرns RLQ وجود داشت. در سونوگرافی تصویر یک ناحیه‌ی کیستیک با جدار ظریف، بدون دیواره و با حدود مشخص و فاقد جریان دیواره‌ای در پایین و مجاور تخمدان راست به ابعاد ۸۰ × ۵۰ میلی‌متر و حجم حدود ۹۵ سی‌سی دیده شد که کیست ساده‌ی تخمدانی بود و در تشخیص افتراقی آن، کیست آدنومای تخمدان مطرح گردید. در بررسی داپلر رنگی، جریان وریدی و شریانی هر دو تخمدان مشهود بود. شواهدی مبنی بر آپاندیسیت وجود نداشت.

در سونوگرافی بعدی، تصویر یک ناحیه بدون اکوی گرد بدون دیواره یا اینترنال اکو به ابعاد ۸۱ × ۵۴ میلی‌متر، حاوی یک مورال ندول به قطر ۵ میلی‌متر در آدنکس راست مشاهده شد. بررسی آزمایشگاهی بیمار نشان دهنده‌ی لکوسیتوز خفیف با ESR (Erythrocyte sedimentation rate) و CRP (C-reactive protein) طبیعی بود. بیمار به علت طبیعی بودن حاملگی و نداشتن مشکل و بر طرف شدن درد مرخص شد و بار دیگر در سن حاملگی ۳۶ هفته و ۳ روز با درد RLQ همراه با حالت تهوع مراجعه نمود. تندرns در ناحیه‌ی RLQ وجود داشت. بیمار تب نداشت و علایمی دال بر انقباضات رحمی در وی مشاهده نشد. در بررسی سونوگرافی، در آدنکس راست تصویر یک ناحیه‌ی کیستیک به ابعاد ۸۰ × ۵۰ میلی‌متر حاوی اینترنال اکو مشهود بود.

و آپاندیسیت پرفوره همراه با پریتونیت در وی تشخیص داده شد و تحت آپاندکتومی قرار گرفت. عارضه‌ی اخیر ارتباطی با چرخش لوله‌ی تخمدان نداشت. پاتولوژی آپاندیس، آپاندیسیت حاد پرفوره گزارش گردید. همچنین بیمار دو هفته بعد به علت تنگی نفس فعالیتی و ارتوپنه و پلورال افیوژن دو طرفه و باز شدن ۲/۵ سانتی‌متر از انسیزیون میدلاین که ترشح چرکی داشت، مراجعه نمود که با آنتی‌بیوتیک و توصیه برای کولونوسکوپی مرخص شد. پنج ماه بعد بیمار جهت برداشتن تومور روده‌ی باریک که حین آپاندکتومی مشاهده شده بود، مراجعه کرد و در بررسی روده‌ی باریک، یک ندول حدود ۰/۵ × ۰/۵ سانتی‌متر در فاصله‌ی حدود ۴۰ سانتی‌متری دریچه‌ی ایلئوسکال دیده شد که به جدار چسبندگی داشت و ندول مورد نظر با قسمتی از جدار روده‌ی باریک تحت رزکسیون قرار گرفت. پاتولوژی ندول و روده‌ی باریک، کارسینوئید تومور بود.

### بحث

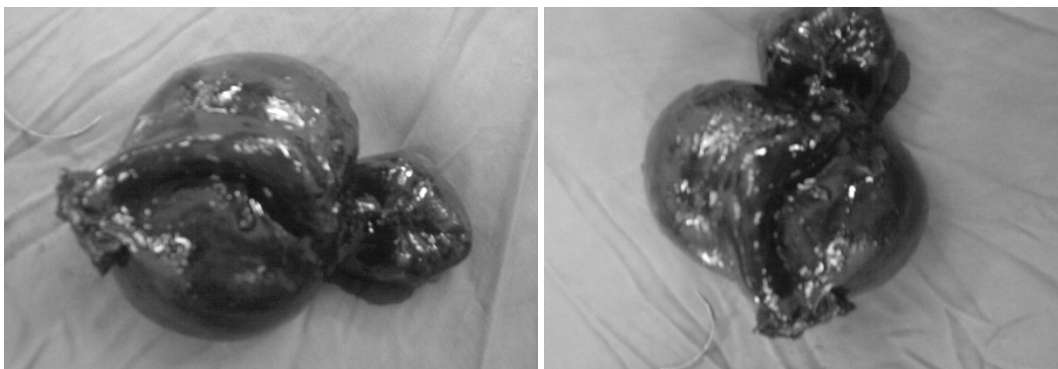
در سال‌های اخیر، موارد معدودی تورشن لوله‌ی فالوپ در حاملگی گزارش شده است که موارد ناشی از تومور کارسینوئید، بسیار نادر بوده است (۱۹-۱۳، ۶-۳).

همچنین فلوی عروق شریانی و وریدی در حاشیه‌ی آن مشاهده گردید که مطرح کننده‌ی کیست هموراژیک تخمدان بود.

بیمار روز بعد به علت افت قلب جنین و درد شکمی، تحت عمل سزارین قرار گرفت و نوزاد دختر با آپگار ۱۰/۱۰ متولد گردید. در آدنکس راست، قسمت دیستال لوله، یک توده حدود ۴ × ۵ سانتی‌متر با ظاهر سیاه رنگ و نکروزه که چرخش پیدا کرده بود، دیده شد (شکل ۱). پارشیال سالپنژکتومی انجام گرفت. آپاندیس بیمار چک شد و طبیعی بود. احتمال می‌رفت علت درد شکمی بیمار در طی این مدت، چرخش ناکامل و متناوب لوله باشد.

در برش ضایعه‌ی برداشته شده، کیست حاوی مایع روشن و در جدار آن مورال نود وجود داشت. در بررسی پاتولوژی کیست ۶ × ۵/۵ × ۲ سانتی‌متر گزارش گردید که در سطح داخلی، زواید پایبلا مانند داشت و در جدار کیست، توده‌ای به قطر ۴ میلی‌متر دیده شد که در برش دارای نواحی خونریزی بود و تشخیص نهایی پاتولوژی، کارسینوئید تومور بود.

بیمار سه روز بعد با حال عمومی خوب ترخیص شد؛ اما بار دیگر در روز ششم بعد از سزارین به علت درد حاد شکمی مراجعه نمود که لاپاراتومی شد



شکل ۱. توده‌ی سیاه رنگ به دست آمده از پارشیال سالپنژکتومی آدنکس راست

است که باید در موارد درد حاد قسمت‌های تحتانی شکم، جزء تشخیص‌های افتراقی در نظر گرفته شود. از بررسی داپلر جریان خون آدنکس جهت تأیید تشخیص بالینی می‌توان استفاده کرد. تشخیص و درمان زودرس برای حفظ باروری فرد ضروری است. در موارد مشکوک به چرخش لوله‌ی فالوپ، درمان جراحی نباید به تعویق بیفتد؛ زیرا با تعویق درمان، لوله‌ی درگیر دچار نکروز می‌شود و عملکرد خود را از دست خواهد داد (۶-۳).

### تشکر و قدردانی

از کلیه‌ی پرسنل بخش زنان بیمارستان الزهرا (س) اصفهان که ما را در انجام این گزارش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

هر چند که سونوگرافی می‌تواند در تشخیص تورشن لوله‌های رحمی مفید باشد، اما تشخیص نهایی این عارضه بر مبنای لاپاراسکوپی یا لاپاراتومی است. علایم قابل اعتماد برای تشخیص این عارضه، شامل درد حاد تحتانی شکم یا درد لگنی با انتشار به پهلو است که در صورت کامل بودن چرخش لوله، منجر به انسداد جریان خون می‌گردد و تهوع و استفراغ به دنبال درد پیش می‌آید. یافته‌های فیزیکی شامل حساسیت شکم در معاینه با یا بدون علایم پریتونئال و حساسیت آدنکس در معاینه‌ی لگنی می‌باشد. توده‌ی اختصاصی همیشه قابل لمس نیست و یافته‌های آزمایشگاهی اغلب غیر اختصاصی می‌باشند (۶).

چرخش لوله یکی از موارد اورژانس جراحی

### References

1. Adekanmi OA, Barrington JW, Edwards G, Farrell D. Isolated torsion and haemorrhagic infarction of a normal fallopian tube in an eleven year old girl. *BJOG* 2000; 107(8): 1047-8.
2. Argenta PA, Yeagley TJ, Ott G, Sondheimer SJ. Torsion of the uterine adnexa. Pathologic correlations and current management trends. *J Reprod Med* 2000; 45(10): 831-6.
3. Baker KS, Chaudhry AA, Gupta R. Isolated fallopian tube torsion: a case report and review of literature. *OMICS J Radiol* 2013, 2(2): 113.
4. Wong SW, Suen SH, Lao T, Chung KH. Isolated fallopian tube torsion: a series of six cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010; 89(10): 1354-6.
5. Kaur K, Verger C, Awala A. Isolated fallopian tube torsion: a case series. *BJOG* 2013; 120(Suppl s1): 365.
6. van der Zanden M, Nap A, van KM. Isolated torsion of the fallopian tube: a case report and review of the literature. *Eur J Pediatr* 2011; 170(10): 1329-32.
7. Wang PH, Yuan CC, Chao HT, Shu LP, Lai CR. Isolated tubal torsion managed laparoscopically. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2000; 7(3): 423-7.
8. Lineberry TD, Rodriguez H. Isolated torsion of the fallopian tube in an adolescent: a case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000; 13(3): 135-7.
9. Pena JE, Ufberg D, Cooney N, Denis AL. Usefulness of Doppler sonography in the diagnosis of ovarian torsion. *Fertil Steril* 2000; 73(5): 1047-50.
10. Rizk DE, Lakshminarasimha B, Joshi S. Torsion of the fallopian tube in an adolescent female: a case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2002; 15(3): 159-61.
11. Cass DL, Hawkins E, Brandt ML, Chintagumpala M, Bloss RS, Milewicz AL, et al. Surgery for ovarian masses in infants, children, and adolescents: 102 consecutive patients treated in a 15-year period. *J Pediatr Surg* 2001; 36(5): 693-9.
12. Templeman C, Fallat ME, Blinchevsky A, Hertweck SP. Noninflammatory ovarian masses in girls and young women. *Obstet Gynecol* 2000; 96(2): 229-33.
13. Ghomian N, Lotfalizadeh M. Isolated torsion of fallopian tube in a 12-year-old premenarcheal girl; a case report. *J Reprod Fertil* 2008; 9(3): 283-8. [In Persian].

14. Bahasadri S. Isolated torsion of the fallopian tube in pregnancy: a case report. *Razi J Med Sci* 2001; 8(26): 1389-91. [In Persian].
15. Bijarnia R, Saxena P, Das GC, Nath JD. Isolated fallopian tube torsion- an uncommon cause of acute abdomen. *Indian Journal of Medical Specialities* 2012; 3(2): 42.
16. Bozkurt M, Kara D., Isolated torsion of the fallopian tube in a postmenopausal woman; a rare entity. *Proceedings in Obstetrics and Gynecology* 2013; 3(2): 1-7.
17. Casey RK, Damle LF, Gomez-Lobo V. Isolated fallopian tube torsion in pediatric and adolescent females: a retrospective review of 15 cases at a single institution. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2013; 26(3): 189-92.
18. Athanasias P, Doumouchtsis SK, Malick R, Croucher C. Isolated fallopian tube torsion: a rare variant of a common entity with successful laparoscopic detorsion. *J Obstet Gynaecol* 2013; 33(3): 318-9.
19. Bora SA, Kanapathippillai R, Backos M. Isolated fallopian tube torsion: an unusual cause of acute abdominal pain. *BMJ Case Rep* 2011; 2011.

## Isolated Fallopian Tube Torsion in a Pregnant Woman due to a Carcinoid Tumor: A Case Report

Elham Naghshineh MD<sup>1</sup>, Marzieh Tavakoli MD<sup>2</sup>

### Case Report

#### Abstract

**Background:** Fallopian tube torsion is a rare cause of lower abdominal pain especially in reproductive ages. Clinical symptoms are not specific and include acute and severe lower abdominal pain, nausea, and vomiting. Diagnosis would take place after surgery by acute abdomen signs. Early diagnosis and prompt surgery could help to preserve fallopian tube and is essential to preserve fertility. In suspected cases, surgical treatment should not be delayed, as tubular necrosis and permanent lack of its performance may occur.

**Case Report:** We report a pregnant woman with near-term pregnancy who suffered from recurrent lower abdominal pain for more than 7 months. The diagnosis of fallopian tube torsion and necrosis was made at time of cesarean section due to fetal distress, and salpingectomy was performed. Carcinoid tumor was reported in pathology.

**Conclusion:** This condition is rare and would be in mind as a differential diagnosis of acute abdomen in pregnancy.

**Keywords:** Fallopian tube torsion, Pregnancy, Salpingectomy

**Citation:** Naghshineh E, Tavakoli M. **Isolated Fallopian Tube Torsion in a Pregnant Woman due to a Carcinoid Tumor: A Case Report.** J Isfahan Med Sch 2014; 32(277): 292-7

1- Associate professor, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Resident, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Corresponding Author:** Marzieh Tavakoli MD, Email: tavakoli@edc.mui.ac.ir