

Torsione ovarica

*Dott.ssa **Francesca Gigola**, Specializzanda in Chirurgia Università degli Studi di Firenze
Dott.ssa **Gaia Varriale**, Pediatra endocrinologa AOU Meyer*



DEFINIZIONE ED EPIDEMIOLOGIA

La torsione ovarica indica una rotazione dell'ovaio sul proprio peduncolo vascolare ed è un evento relativamente raro in età pediatrica, con un'incidenza media stimata di 4,9:100.000 bambine, rappresentando comunque la quinta emergenza ginecologica per frequenza e il 2,7% dei casi di dolore addominale acuto. Pur potendosi verificare in ogni momento dell'età pediatrica, fino al 52% dei casi di torsione si verifica tra i 9 e i 14 anni, ed è stato riportato un secondo picco di incidenza (pari al 16% dei casi) sotto il primo anno di vita.

EZIOPATOGENESI

In età pediatrica la torsione ovarica può avere luogo, a seconda delle popolazioni considerate, nel 50% dei casi in ovaie altrimenti sane, mentre i restanti quadri sono associati alla presenza di masse. La causa scatenante la torsione in caso di assenza di masse o cisti resta oscura, fattori contribuenti potrebbero essere:

- ridotte dimensioni uterine
- ipermobilità causata da eccessiva lunghezza del legamento sospensore dell'ovaio
- iperlassità di mesosalpinge o mesovario.

Le torsioni ovariche si associano a masse, quali cisti dermoidi o teratomi cistici, cisti ovariche emorragiche o follicolari, sindrome dell'ovaio policistico associata ad aumento di dimensioni delle ovaie e, meno frequentemente, cisti paratubariche o paraovariche, cistoadenomi o idrosalpinge. Il rischio aumenta quando la massa risulta di dimensioni superiori a 5 cm di diametro.

Formazioni maligne, quando presenti, sono più spesso associate a infiltrazione dei tessuti adiacenti, caratteristica che garantisce un elemento di fissità e rende la torsione meno probabile.

CLINICA

La torsione ovarica si presenta frequentemente con un quadro di addome acuto: il dolore addominale compare improvvisamente in sede pelvica, generalmente localizzato al lato colpito, e può essere continuo o intermittente a seconda che la torsione sia parziale o completa. L'intensità del dolore è variabile da moderata a severa e la durata può essere anche di mesi.

Talvolta, la paziente con torsione ovarica in atto accede presso il Pronto Soccorso con sintomi aspecifici, come nausea o vomito e inappetenza. Raramente si possono osservare febbre, sanguinamento vaginale o alterazioni intestinali o urinarie.

All'esame obiettivo, l'addome può risultare teso alla palpazione, soprattutto in corrispondenza della zona di torsione, ma non esistono segni clinici patognomonic.

DIAGNOSI

Il percorso diagnostico prevede la diagnosi differenziale con altre cause di addome acuto, quali appendicite, colica renale, gastroenterite, rottura di cisti ovarica, gravidanza ectopica, ernia incarcerata, volvoli intestinali, invaginazione, ecc.

Nel sospetto clinico di torsione ovarica, l'esame di scelta è l'ecografia pelvica con Doppler: i segni ecografici a supporto della diagnosi di torsione ovarica sono diversi, ma nessuno risulta patognomonic; tuttavia, il sospetto può essere posto per la presenza di segni clinici indicativi supportati da segni ecografici più frequentemente associati a torsione, ovvero:

- aumento di dimensioni dell'ovaio torto rispetto al controlaterale;
- presenza di massa annessiale: dato sensibile e predittivo di torsione ovarica in atto, soprattutto quando le dimensioni della massa sono > 5 cm in diametro;
- medializzazione dell'organo. evenienza rara, causata dall'accorciamento del legamento largo causata dalla torsione dell'ovaio stesso;
- presenza di follicoli periferici;
- "whirlpool sign" e segno Doppler del peduncolo torto: segni specifici nelle donne che eseguono ecografia transvaginale ma raramente riscontrabili nella popolazione pediatrica in cui viene effettuata ecografia pelvica;
- assenza di flusso al Doppler: è associata alla torsione ma non risulta un dato affidabile, a causa della doppia vascolarizzazione dell'ovaio e della possibilità che la torsione sia intermittente.

Non esistono esami di laboratorio che permettano una diagnosi certa di torsione ovarica, tuttavia, in caso di conferma ecografica del sospetto clinico, in attesa della sala operatoria è indicata l'esecuzione di:

- emocromo completo con formula;
- indici di flogosi (PCR, procalcitonina);
- dosaggio della β -HCG;
- dosaggio dei marker tumorali (AFP, CA125, CEA, CA 19.9, LDH);
- esame urine.

Nella maggior parte dei pazienti con torsione ovarica gli esami del sangue non mostreranno alterazioni, talora può essere presente una leggera leucocitosi.

La diagnosi definitiva viene posta con l'esplorazione laparoscopica, che consente inoltre di valutare la vitalità dell'ovaio interessato.

TERAPIA

Trattandosi di una procedura chirurgica "pulita" non è indicata profilassi antibiotica preoperatoria.

In caso di torsione, l'ovaio viene considerato vitale a meno che non siano presenti segni di necrosi visibile: tale eventualità è rara, per cui nella maggior parte dei casi c'è indicazione a preservare l'ovaio dopo la derotazione. Anche in presenza di aumento di dimensioni dell'ovaio con riscontro di colorazione scura della superficie (ovaio black-bluish), con o senza segni di lesioni emorragiche, la vitalità ovarica potrebbe essere conservata; l'apparenza dell'organo in questo caso è probabilmente legata alla congestione vascolare e linfatica e non alla necrosi.

Viceversa, l'ovariectomia è indicata quando è presente un ovaio non vitale con aspetto necrotico o gelatinoso, perdita della normale conformazione anatomica e facile sfaldamento alla manipolazione.

Inoltre, può essere indicata nel sospetto di lesione tumorale maligna, posto sulla base dei marker ematici preoperatori, dell'imaging ecografico, oltre che dell'aspetto dell'organo durante l'intervento.

In caso di riscontro di cisti può essere indicata la rimozione della stessa; qualora l'ovaio dovesse risultare severamente edematoso e friabile il tentativo di rimozione potrebbe causare danno tissutale e sanguinamento: in questo caso la cistectomia non deve essere effettuata perché potrebbe causare danno addizionale.

In caso di riscontro di corpo luteo emorragico all'esplorazione laparoscopica è indicata quando possibile la cistectomia o l'enucleazione della cisti, scelta che permette di preservare la funzione ovarica.

In caso di torsione può essere indicata l'esecuzione di ooforopessi per prevenire recidive, tuttavia resta attualmente una procedura dibattuta, che potrebbe interferire con la futura fertilità della paziente. L'ooforopessi risulta indicata soprattutto in situazioni di torsione ricorrente o presenza di predisposizione anatomica oppure quando la torsione si verifica su ovaio sano, in assenza di masse.

La frequenza di recidiva di torsione è bassa e va dal 2% al 12% dei casi, con maggior frequenza di nuova torsione quando la prima è avvenuta su ovaio sano.

Nel post-operatorio è indicata la sola terapia antalgica ad orario nelle prime 24 ore poi al bisogno se si osserva miglioramento clinico.

Al completo risveglio la paziente può iniziare a bere e rialimentarsi se le condizioni generali si mantengono buone e può essere dimessa in assenza di complicanze in 1°-2° giornata post-detorsione.

FOLLOW-UP

A distanza di quattro settimane dalla detorsione chirurgica è indicata l'esecuzione di un'ecografia di controllo. Qualora questa mostrasse riduzione di dimensioni dell'organo la paziente continua follow up ecografico, inizialmente ogni 3-6 mesi, poi annualmente.

In caso di riscontro di cisti all'imaging e all'esplorazione laparoscopica è indicato monitoraggio con ecografia a 6-12 settimane, in considerazione del fatto che, tipicamente, le cisti semplici si risolvono spontaneamente in 6-8 settimane.

Nel caso in cui invece l'organo risultasse ancora di dimensioni aumentate, per escludere la presenza di una lesione o massa ovarica è indicata l'esecuzione di:

- Risonanza magnetica
- Ripetizione dei marker tumorali (AFP, CA125, CEA, CA 19.9, LDH)

BIBLIOGRAFIA

- Geimanaite L, et al. *Pediatric ovarian torsion: Follow- up after preservation of ovarian tissue*. J Pediatr Surg. 2019 Jul;54(7):1453-1456.
- Bertozzi M, et al. *Pediatric ovarian torsion and its recurrence: a multicentric study*, Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology (2016)
- Childress, K. J., et al. *Pediatric Ovarian Torsion*. Surgical Clinics of North America, 2017; 97(1)
- Fuchs N, et al. *Oophoropexy to prevent adnexal torsion: how, when, and for whom?* J Minim Invasive Gynecol 2010; 17:205-208.
- Huang C, et al. *A review of ovary torsion*. Ci Ji Yi Xue Za Zhi. 2017; 29(3):143-147.
- Geimanaite L, et al. *Ovarian torsion in children: management and outcomes*. J Pediatr Surg. 2013; 48:1946-53.
- Aziz D, et al. *Ovarian torsion in children: is oophorectomy necessary?* J Pediatr Surg. 2004; 39(5):750.
- Dasgupta R, et al. *Ovarian torsion in pediatric and adolescent patients: a systematic review*. J Pediatr Surg. 2018; 53 : 1387 – 91
- Kives S, et al. *No. 341-diagnosis and management of adnexal torsion in children, adolescents, and adults*. J Obstet Gynaecol Can 2017; 39: 82 – 90

Revisionata da Dott.ssa **Erica Bencini**, ginecologa AOU Meyer - **febbraio 2022**
Revisionata da Dott.ssa **Alessandra Martin**, chirurgo AOU Meyer - **febbraio 2022**

**QUESTA NEWSLETTER NON INTENDE SOSTITUIRE UN PROTOCOLLO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO,
MA SEMPLICEMENTE ESSERE FONTE DI AGGIORNAMENTO E RIFLESSIONE SULL'ARGOMENTO**

Vai all'archivio
newsletter
SIMYoung



www.meyer.it/simulazione