# 

# Ovariella tillstånd - BARN

# Inledning

Ovariella tillstånd som föranleder undersökning eller behandling är i första hand ovarialtorsion, ovarialcystor med eller utan ruptur och/eller blödning samt ovariella teratom. Till detta kommer en liten del övriga diagnoser som t ex ektopisk graviditet. Årligen görs ett tjugotal operationer för ovariella frågeställningar hos oss, varav de flesta är akuta laparoskopier på misstanke om ovarialtorsion. I ungefär en tredjedel av fallen föreligger detta tillstånd och i en betydande del av dessa är de torkverade ovarierna normala (utan cysta eller annan ledande förändring). I majoriteten av de akuta laparoskopierna ses dock inte torsion, utan blödning, oftast pga en rupturerad cysta, som orsak till smärtorna.

Ovarial/adnextorsion uppges kunna vara orsaken till akuta buksmärtor hos barn i flera procent av fallen[[1]](#endnote-1). Det är ett kirurgiskt akuttillstånd, som obehandlat kan leda till nekros och förlust av

ovariet. Oftast är hela adnexet torkverat och inte bara ovariet. Symptomen är inte sällan okarakteristiska, särskilt hos mindre barn pga ovariets abdominella läge.

Ovarialcystor är ovanliga före puberteten och utgörs huvudsakligen av två grupper, kongenitala cystor i nyföddhetsperioden, och cystiska teratom hos större barn. Kongenitala cystor < 5cm går nästan uteslutande i regress, emedan cystor > 5cm i denna grupp i hög utsträckning kompliceras av torsion[[2]](#endnote-2). Efter puberteten är follikelcystor och enkla cystor vanligast. Prognosen för enkla cystor hos menstruerande kvinnor beror på cystans storlek;

under 5 cm i det närmaste total regressionspotential och obefintlig malignitetsrisk[[3]](#endnote-3).

Ovarialteratom debuterar oftast i åldern 9-15 år, men förekommer i alla åldrar. Symptomen beror oftast på snabb cystisk tillväxt och/eller torsion. Hos barn är ovarialteratom i övervägande fall (>95%) mogna, utan maligna element, och om förändringen är övervägande cystisk gäller detta i ännu högre utsträckning[[4]](#endnote-4). Ovarialteratom kan föreligga synkront eller metakront i det andra ovariet. Dessa förändringar ska dock alltid utredas och behandlas som potentiellt maligna.

**Klinik**

*Anamnes*

Patienterna kommer antingen som akuta bukfall med misstanke om torsion eller pga förändrad bukkontur och har då nästan utan undantag ett utrymmeskrävande teratom. Ovarialcystor är oftast asymptomatiska och bifynd på abdominellt ultraljud såväl i nyföddhetsperioden som senare. Menstruationsanamnes och sexualanamnes är viktig hos flickor efter puberteten.

*Status*

Lågt sittande buksmärtor hos flickor bör alltid inge misstanke om ovarialtorsion tills motsatsen är visad. Ovarialtorsion kan vara oerhört smärtsamt. Cirkulatorisk påverkan bör föranleda misstanke om rupturerad ektopisk graviditet. I status bör ingå; allmäntillstånd, pubertetsutveckling, bukkontur, palpation av buken inklusive ingvier och eventuellt rektalpalpation.

**Utredning**

*Blodprover*

Hb, EVF, LPK/neutrofiler, CRP. Blodgruppering? Vid oklar menstruationsanamnes; gravtest! Om ultraljud ingivit misstanke om teratom bör tumörmarkörerna AFP och β-HCG tas.

*Röntgen*

Ultraljud, ev ”kontrastförstärkt” ger utmärkt information, men garanterar inte sufficient genomblödning. Vid oklar bild, solida partier eller annat som inger misstanke om teratom, bör DT buk göras preoperativt. Ovariet återhämtar sig i hög procent också efter lång avstängning4 och det är bättre att få kompletterande information än att omedelbart operera patienten och måhända hamna i en komplicerad situation med bilateralitet och kanske tom spridd malignitet. Lungrtg ingår också i utredningen av misstänkta ovarialteratom och kan gärna, men måste inte, göras preoperativt.

*Övrigt*

Utredning och behandling bör i görligaste mån förläggas dagtid och skötas av barnurolog. Vid teratommisstanke skall onkologen informeras, om möjligt preoperativt.

**Behandling**

*Preop*

Volymskorrektion efter behov.

*Op*

Vid misstanke om torsion och/eller små förändringar är laparoskopi förstahandsval. Vid oklart endoskopifynd, tag bukvätska till cytologi. Vid torsion av adnexet består behandlingen i detorsion. Ovariet **ska inte tas bort** om det inte föreligger ett teratom och det inte är tekniskt möjligt att spara. Det detorkverade ovariet är oftast svullet och missfärgat och det går inte att med ögat avgöra dess viabilitet. Ovariet klarar lång tids cirkulationsnedsättning och återhämtar sig med påvisbar follikelaktivitet i upp till 90% efter detorsion[[5]](#endnote-5). Pexi av ovariet (mot bakre bukväggen med 2-3 icke-resorberbara suturer) bör eftersträvas. Profylaktisk kontralateral pexi bör övervägas framförallt om ingen anledning till torsion förelåg (t.ex cysta) eller om barnet bara har ett ovaium.

Finns en ledande förändring bör detta åtgärdas. En enkel cysta får punkteras på sitt innehåll (vätskan till cytologi!), men finns det utbredda solida komponenter och/eller förhöjda tumörmarkörer bör detta undvikas pga risken för spill och ev TNM-uppgradering. Minilaparotomi där ovariet bjuder sig bör då göras och ovarialresektion eller ooforektomi göras utanför bukhålan. Finns det identifierbar normal ovarialvävnad bör denna alltid sparas om det är tekniskt möjligt. Förändringen ”skalas ut” och kanten plisseras. Laparoskopisk resektion görs allt mer internationellt4, [[6]](#endnote-6). Invändningarna mot detta har varit risk för spill med efterföljande peritonit, adherensbildning, infertilitet och ev TNM-uppgradering.

Riskerna för detta synes i uppföljningar vara minimala, och eftersom ovarialteratom i 5-15% är syn- eller metakront kontralaterala, är det viktigt att spara så mycket fungerande ovarialvävnad som möjligt4,6. Vid manifest intraabdominellt spill rekommenderas sköljning med stora volymer varm koksaltlösning.

Material till PAD helst ofixerat färskt i våta dukar (dagtid), eljest formalinfixerat. Det är viktigt att dokumentera andra ovariets kondition. Foto!

En annan viktig fråga är om ett jättelikt, nästan helt cystiskt ovarium med flera liter vätska och endast sparsamt med solida komponenter, utan förhöjda markörer, ska motivera ett totalt sektionssnitt för att kunna hämtas ut in toto. Malignitetsrisken är mycket liten och risken för uppgradering vid spill således minimal. En kontrollerad punktion och tömning via mindre laparotomi och tobakspungssutur för att möjliggöra extirpation genom en skonsammare snittföring torde kunna rekommenderas[[7]](#endnote-7)

*Postop*

Komplikationer är f a blödning och retorsion av adnexet. Patienten kan efter okomplicerad laparoskopi som regel mobiliseras omedelbart och efter laparotomi beroende på ingreppets natur inom något dygn. KAD avvecklas snarast. AB-profylax brukar ges om KAD blir sittande > 1d.

**Uppföljning**

Vid PAD-verifierat teratom uppföljning av onkolog enligt gällande protokoll[[8]](#endnote-8). I övrigt kontroll av cirkulationen till detorkverat ovarium gärna med kontrastförstärkt ultraljud efter 2-3 månader, efter punktion eller resektion av cysta samt vid fynd av oklar förändring i kontralaterala ovariet. Ultraljudskontroll brukar då ske efter 3, 6 och 12 månader för att fånga upp recidiv eller nya cystor.

*Referenser*

1. Breech LL, Adams Hillard: Adnexal torsion in pediatric and adolescent girls. Curr opin Obstet Gynecol 17:483-489, 2005 [↑](#endnote-ref-1)
2. Stodki M, Respondek-Liberska M: Fetal ovarian cysts – 420 cases from the literature, a metaanalysis 1984-2005, Ginekol Pol 2007 78(4):324-328 [↑](#endnote-ref-2)
3. Knudsen UB et al: Management of ovarian cysts. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83: 1012-1021 [↑](#endnote-ref-3)
4. Savasi I et al: Management of ovarian dermoid cysts in the pediatric and adolescent population. J Pediatr Adolesc Gynecol 2009;22:360-364 [↑](#endnote-ref-4)
5. 5 Oelsner G et al: Minimal surgery for the twisted ischaemic adnexa can preserve ocarian function. Hum reprod 18:2599-2602, 2003 [↑](#endnote-ref-5)
6. Chabaud-Williamsson et al: Ovarian-sparing surgery for ovarian teratoma in children. Pediatr Blood Cancer 2011;57:429-434 [↑](#endnote-ref-6)
7. Sagiv R et al: Laparoscopic management of extremely large ovarian cysts. Obstet Gynecol 2005;105:1319-22 [↑](#endnote-ref-7)
8. UKCCSG Germ Cell Group GCIII Protocol 2005

   **Versionshistorik**

   Varje dokument bör innehålla en historik som för varje version talar om vad som ändrats, vem som gjort ändringen och när ändringen gjordes.

   |  |  |  |  |
   | --- | --- | --- | --- |
   | **Version** | **Datum** | **Förändring och kommentar** | **Ansvarig** |
   | 5 | 141127 | Reviderad | Magdalena Fossum |
   | 6 | 190820 | Reviderad | Magdalena Fossum |
   | 8 | 200512 | Flyttat i strukturen till ME Barnkirurgi | Marie Nurmi |
   | 9 | 200716 | Förlängd utan ändringar | Tomas Wester |

   [↑](#endnote-ref-8)