

Torsion d'annexe sur kyste paratubaire: à propos d'un cas rare

[Adnexal torsion on paratubal cyst: report of a rare case]

Jihad Drissi, Houda Fagouri, Jaouad Kouach, Driss Moussaoui, and Mohammed Dehayni

Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat, Morocco

Copyright © 2016 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: The paratubal cysts are usually benign disease entities, frequently encountered in clinical practice, but rarely complicated twist; hence the importance of this work and we report the case of an adnexal torsion on paratubal 8cm cyst in a patient of 24 years.

KEYWORDS: cyst paratubaire, Torsion, laparoscopic surgery.

RESUME: Les kystes paratubaires sont des entités pathologiques habituellement bénignes fréquemment rencontrés en pratique courante, elles se compliquent rarement de torsion ; d'où l'intérêt de ce travail où nous rapportons le cas d'une torsion d'annexe sur kyste paratubaire de 8 cm chez une patiente de 24 ans.

MOTS-CLEFS: kyste paratubaire, torsion, coelochirurgie.

1 INTRODUCTION

Les kystes paratubaires sont des entités pathologiques fréquentes ; elles représentent 10% des masses annexielles. Leur diamètre moyen est de 6cm[1-2]. Elles se développent aux dépens des vestiges embryonnaires mésonéphrotiques et paramésonéphrotiques ou des inclusions mésothéliales[1-2]. De nature habituellement bénigne, des cas de dégénérescence en adénocarcinomes ont été décrits [1- 2]. A l'instar des kystes ovariens, principal diagnostic différentiel, elles se compliquent de rupture, hémorragie et rarement de torsion.

2 OBSERVATION

Nous rapportons le cas d'une patiente de 24ans, troisième geste primipare mère d'un enfant, aux antécédents de deux avortements spontanés précoces, sans moyen contraceptif, admise pour douleurs pelviennes aiguës au niveau de la fosse iliaque gauche à type de torsion, sans irradiation, évoluant depuis 3heures avant son admission, associées à un épisode de vomissement sans notion d'aménorrhée, de métrorragies ou de leucorrhées, sans signe urinaires et sans de troubles du transit.

L'examen clinique trouve une patiente stable sur le plan hémodynamique, apyrétique, aux conjonctives normocolorées, avec un abdomen souple, une sensibilité pelvienne latéralisée à gauche. Le toucher vaginal combiné au palper pelvien trouve une masse latéro-utérine gauche d'environ 6cm, rénitente, douloureuse, non mobile à la mobilisation de l'utérus. Un taux de bHCG a été demandé pour éliminer une grossesse extra-utérine est revenu négatif. Une échographie pelvienne endovaginale a été faite objectivant une image latérotérine gauche anéchogène homogène à paroi fine avec renforcement postérieur, faisant 8/6cm, sans végétations ni cloison et sans épanchement péritonéal, avec diminution du flux de vascularisation ovarienne au doppler couleur. La patiente a donc été admise au bloc opératoire en urgence pour suspicion de torsion

d'annexe sur kyste de l'ovaire gauche. L'exploration chirurgicale trouve un kyste paratubaire gauche de 8cm à paroi fine, à contenu clair citrin, avec torsion de l'annexe gauche (deux tours de spires) qui paraît légèrement ischémique : oedématisée, congestive, ayant repris une coloration normale dans la minute qui suit la détorsion (figure : 1). Par ailleurs, l'annexe controlatérale était sans anomalies, et il n'y avait pas d'épanchement péritonéal ni d'anomalie utérine à l'exploration. On a réalisé une kystectomie idéale après détorsion tubaire et ouverture du mésosalpinx. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique est revenu en faveur d'un kyste paratubaire sans signes histologiques de malignité.



Figure1 : torsion d'annexe sur kyste paratubaire : vue opératoire

3 DISCUSSION

Les kystes paratubaires sont des entités pathologiques fréquentes ; elles représentent 10% des masses annexielles. Leur diamètre moyen est de 6cm. Cependant quelques cas de kystes paratubaires géants ont été rapportés. Elles se développent aux dépens des vestiges embryonnaires wolffiens mésonéphrotiques et mûleriens paramésonéphrotiques ou des inclusions mésothéliales[1,3]. De nature habituellement bénigne des cas de dégénérescence en cystadénocarcinomes ont été décrits chez des patientes ménopausées. Sans qu'il y ait de consensus quant à la prise en charge de ces derniers, leur chirurgie est par extension assimilée à celle des tumeurs tubaires [1-2].

A l'instar des kystes ovariens, principal diagnostic différentiel, elles se compliquent de rupture, hémorragie et rarement de torsion [1-2].

Les kystes paratubaires se présentent à l'échographie dans leur forme bénigne habituelle sous forme d'une image latérotubaire anéchogène homogène répondant à tous les critères de bénignité, la visualisation de l'ovaire homolatérale est évocatrice du diagnostic[4].

Le traitement repose sur la coelioscopie, qui permet souvent de redresser le diagnostic ; ces masses étant souvent confondues avec les kystes ovariens, le traitement doit être conservateur dans la mesure du possible (sauf dans les cas exceptionnels de kyste géants entraînant une distension extrême avec dilacération de la trompe ou en cas de signes macroscopique de malignité). Comme dans le cas des kystes ovariens l'opérateur devra s'efforcer d'éviter toute effraction de la paroi du kyste, effraction qui risquerait en cas de malignité, d'entraîner la dissémination de cellules malignes dans la cavité péritonéale, transformant un stade I en III [2-5].

4 CONCLUSION

Souvent confondus avec les kystes de l'ovaire, les kystes paratubaires sont des entités pathologiques fréquentes, qui se compliquent rarement de torsion d'où l'originalité de ce travail. Ces lésions étant habituellement bénignes, leur prise en charge repose sur la réalisation d'une kystectomie par coeliochirurgie en évitant toute effraction de la paroi du kyste.

REFERENCES

- [1] B. Letourneur, S. Grandjean, P. Richard, O.Parant. Prise en charge d'un kyste paratubaire géant. Gynécologie-Obstétrique et fertilité 34 (2006) 239-241.
- [2] S.Benkirane, F. Fdili Alaoui, A. Melhouf. Kyste paratubaire tordu : à propos d'un cas rare de diagnostic difficile. The Pan African Medical Journal. 2014 ; 19 : 25.
- [3] F. Cuiller, JC. Sommer. Torsion tubaire isolée chez une adolescente de 15ans. Archives de Pédiatrie 2000 ; 7 (7) : 748-751.
- [4] T. Barloon, B. Brown, A Monser, N. Warnock, Paraovarian and paratubal cysts: preoperative diagnosis using transabdominal and transvaginalsonography. Journal of Clinical Ultrasound.1996 Mar-Apr; 24(3): 117-122
- [5] M. Macarthy, AA Mahomed. Laparoscopy in the diagnosis and management of a complicated paraovarian cyst. SurgEndosc.2003; 17 (10): 1676-1677.