

Torsion d'annexe sur grossesse : A propos de deux cas

FZ Belkouchi, H. Ouham, R. Nejjar, K. Fathi, and A. Ansari

Service de gynécologie obstétrique cancérologie et grossesse à haut risque, Maternité Souissi-CHU Ibn Sina, Rabat, Morocco

Copyright © 2020 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: La torsion de l'ovaire lors de la grossesse est une urgence assez rare. Posant un problème diagnostique en cas de douleurs pelviennes aiguës pendant la grossesse. La torsion se produit habituellement sur un ovaire avec des kystes fonctionnels ou des tumeurs. Nous rapportons le cas de deux patientes. La première patiente de 21 ans, G1P0, enceinte de 17 SA, qui s'est présentée initialement pour douleur de la fosse iliaque gauche. Chez qui une échographie pelvienne faite, revenue en faveur d'une torsion de l'ovaire gauche. L'exploration, a montré que cet ovaire était nécrosé et une annexectomie a été réalisée. Les suites post opératoires étaient simples, avec à l'issue du terme un accouchement par voie basse d'un nouveau-né en bonne santé. La seconde patiente de 29 ans, G1P0, s'est présentée aux urgences avec des douleurs aiguës de la fosse iliaque gauche sur aménorrhée de 5 semaines, une échographie réalisée était en faveur d'un ovaire légèrement augmenté de taille, avec douleur intense au passage de la sonde, et défense abdominale à la palpation, devant ce tableau d'abdomen chirurgical une laparotomie en urgence réalisée a mis en évidence une torsion sur ovaire augmenté de taille, une détorsion a été réalisée; avec recoloration de celui-ci, ayant été fixé ensuite par ovariopexie. Pour les deux patientes, aucune complication postopératoire n'a été relevée. Toute douleur pelvienne aiguë chez la femme enceinte, doit faire suspecter une torsion de l'ovaire. Le traitement conservateur est de règle à condition d'avoir un diagnostic précoce, avec rapidité de prise en charge pour éviter toute complication maternelle et fœtale.

KEYWORDS: Torsion d'annexe, grossesse, ovaire, kyste.

INTRODUCTION

La torsion d'annexe est une pathologie rare, ayant un taux estimé à 2.7% [1, 2]. L'incidence pendant la grossesse est de 1 par 5000 [3]. La torsion est secondaire à la rotation totale ou partielle de l'annexe autour de son axe vasculaire. L'étiologie exacte est mal connue. Mais cette affection, peut être favorisée par l'existence d'une masse annexielle ou avoir lieu plus rarement sur une annexe saine. La symptomatologie clinique de la torsion d'ovaire lors d'une grossesse est non spécifiques; et pourrait être confondu avec d'autres étiologies comme l'appendicite, la cholécystite ou bien une menace d'avortement ou d'accouchement prématuré, dépendant du terme. Cela peut aboutir à un retard dans le diagnostic ainsi que la prise en charge, pouvant avoir un retentissement très important sur le fœtus et aussi la femme désirant avoir une grossesse ultérieure. L'objectif de cette étude est de décrire la clinique ainsi que l'intérêt de la prise en charge précoce pour préservation du capital ovarien chez les patientes ainsi que les modalités pour mener une grossesse à terme en post opératoire.

CAS 1

Il s'agit d'une patiente de 21 ans, G1P0, avec grossesse estimé à 17 SA, non suivie; qui a été admise aux urgences avec des douleurs au niveau de la fosse iliaque gauche, évoluant depuis 3 jours. Celle-ci n'avait ni fièvre, ni symptômes urinaires. L'examen gynécologique était sans particularité, la patiente était apyrétique et stable sur le plan hémodynamique. L'examen gynécologique réalisé était sans particularité. L'échographie abdominal était en faveur d'une grossesse monofoetal évolutive de 17-18 semaines, avec activité cardiaque positive (fig 1) et douleur au passage de la sonde au niveau de la fosse iliaque gauche, avec présence d'un kyste ovarien gauche à paroi fine et contenue trans sonore mesurant 90x90x78 mm (fig 2). En inter

utéro ovarien avec la présence d'une spire mesurant 36 mm (Fig 3); associé à un épaissement de la graisse adjacente et épaissement annexiel sans collection décelable.

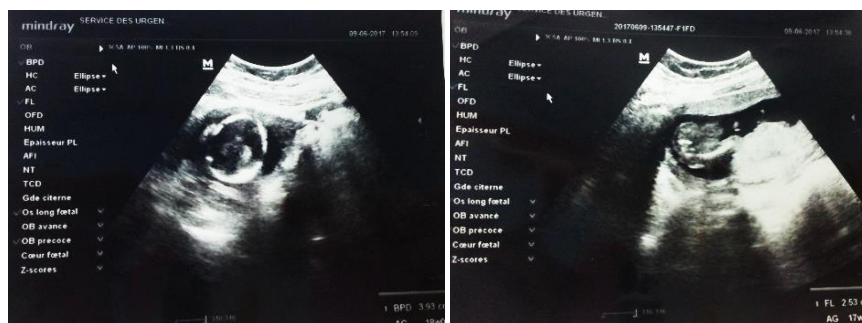


Fig. 1. Echographie sus pubienne montrant une grossesse monofoetal évolutive avec activité cardiaque positive correspondant à 17-18 semaines d'aménorrhée

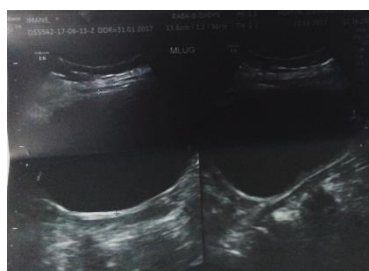


Fig. 2. Echographie sus pubienne montrant kyste ovarien gauche à paroi fine et contenue trans sonore mesurant 90x90x78 mm. En inter utéro ovarien avec la présence d'une spire mesurant 36 mm; associé à un épaissement de la graisse adjacente et épaissement annexiel sans collection décelable.



Fig. 3. Echographie sus pubienne en faveur d'une spire de torsion en inter-utéro ovarien, mesurant 36mm

La patiente a été admise au bloc pour laparotomie; chez qui à l'exploration nous avons trouvé un kyste de l'ovaire gauche à paroi épaisse, de dix centimètre de diamètre, de couleur noire et d'aspect nécrotique, tordue autour du ligament utéro-ovarien (fig 4).



Fig. 4. Ovaire gauche nécrosé, avec kyste à paroi épaissie

Avec un utérus augmenté de taille, l'annexe gauche étant normal, le reste du pelvis était sans particularité. Une détorsion de l'annexe a été réalisée, pendant 30 min sans signes de vitalité. Nous avons par la suite procédé à une annexectomie gauche. Les suites opératoires étaient sans particularités. Nous avons mis la patiente sous tocolytiques quelques jours pour éviter toute menace d'avortement. L'anapath est revenue en faveur d'une tumeur borderline séreuse de l'ovaire, avec importants remaniements ischémiques et hémorragiques sans composante micro papillaire et micro-invasive. Le suivi de la grossesse était sans anomalies, a été mené à terme avec la naissance par voie basse d'un nouveau-né de sexe féminin Apgar 10/10, poids de naissance 3200 g.

CAS 2

Il s'agit d'une patiente, âgée de 28 ans, G1P0, qui consulte pour douleur de la fosse iliaque gauche sur une aménorrhée de 5 semaines avec douleurs évoluant depuis 2 jours, associé à un épisode de vomissement, sans amélioration sous traitement symptomatique, pas de notion de saignement. À l'examen, la patiente était en bon état général normo tendue et apyrétique. L'examen gynécologique a montré au spéculum un col d'aspect sain, pas de métrorragies ni leucorrhées et au toucher vaginal le col étant long fermé postérieur. A l'examen abdominal nous avons trouvé une défense de la fosse iliaque gauche. L'échographie abdominale réalisée était en faveur d'un sac gestationnel tonic vide d'écho, avec un ovaire droit de taille normal comprenant un corps jaune et un ovaire gauche superficiel sous la paroi abdominale légèrement augmenté de taille faisant 48x50 mm avec un stroma hyper échogène et disposition périphérique des follicules, non vascularisé au doppler, avec douleur exquise à la pression au passage de la sonde (fig 5).

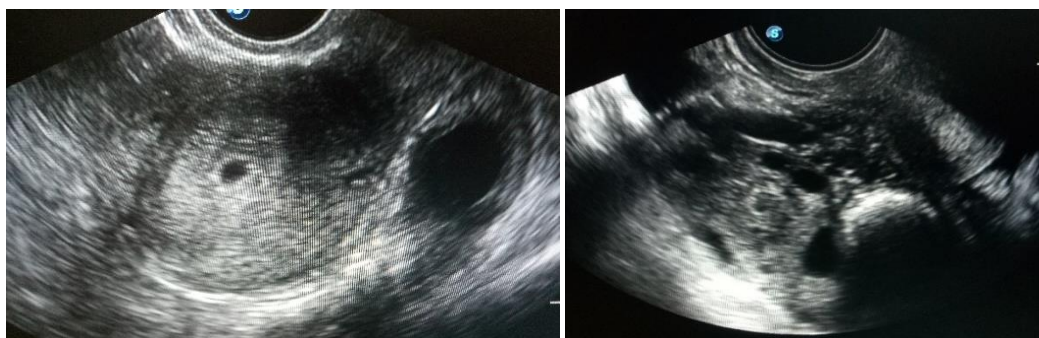


Fig. 5. Echographie endovaginale montrant un utérus avec ligne endocavitaire épaissie, contenant un sac gestationnel vide d'écho, tonic. Avec un ovaire droit comprenant un corps jaune gravidique. L'ovaire gauche est augmenté de taille mesurant 48x50 mm, avec des follicules répartis en corticale

Présence d'une fine lame d'épanchement péri-ovarien. L'appendice étant normal. La biologie ne trouve ni hyperleucocytose ni CRP augmenté avec un ECBU négatif et Bhcg positive. Une suspicion de torsion d'annexe gauche ou bien d'éventuelle Grossesse extra utérine a été établie. La patiente a été opérée sous rachianesthésie avec incision de pfannenstiell. Avec à l'exploration un ovaire gauche d'aspect polykystique augmenté de taille tordu avec 1 tour de spire, une détorsion a été réalisée avec attente de 30 min et lavage au sérum salé froid, avec recoloration de l'ovaire (fig 6).



Fig. 6. Image peropératoire montrant un ovaire tordu ischémié, s'étant recoloré spontanément après détorsion

Une ovariopexie a été effectuée, par fixation de l'ovaire au ligament large. La patiente est restée hospitalisée quelques jours sous repos stricte avec prise d'anti spasmodiques et progestatifs. Les suites opératoires étaient simples, une échographie a été réalisée à 11 SA montrant une grossesse monofoetale évolutive sans anomalies décelables (fig 7).

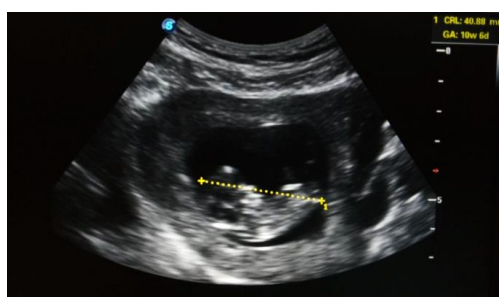


Fig. 7. Echographie pelvienne montrant une grossesse monofoetale évolutive avec LCC (longueur cranio- caudale) correspondant à 10 SA et 6 jours. Avec activité cardiaque positive

DISCUSSION

La torsion ovarienne, se produit le plus fréquemment lors du premier trimestre, occasionnellement dans le second, et rarement au troisième trimestre [4], soit sur un ovaire habituellement pathologique; le plus souvent il s'agit d'un tératome, d'un cystadénome séreux, ou bien kyste lutéale, etc [5]. Ou bien à l'occasion d'un syndrome d'hyperstimulation ovarienne en début de grossesse [6]. Chez nos deux parturientes, la grossesse était spontanée. Concernant le premier cas il s'agissait d'une masse découverte fortuitement lorsque la patiente s'est présentée aux urgences pour douleurs pelviennes aiguës, car celle-ci n'était pas suivie auparavant. Pour le deuxième cas, la torsion s'est produite au cours du premier trimestre comme dans les données de la littérature [7, 3]. La symptomatologie, lors de cette affection se caractérise par une douleur pelvienne brutale, souvent associée à des nausées et des vomissements. L'examen clinique ainsi que l'imagerie peut s'avérer difficile en raison de l'augmentation de la taille de l'utérus associé à l'ascension concomitante de l'ovaire dans la cavité abdominale. L'échographie reste l'examen de référence; il permet d'éliminer les diagnostics différentiels, et de rechercher les signes indirects d'ischémie. Mais aussi de trouver une augmentation du nombre de follicules corticaux, qui est un aspect non spécifique, mais décrits de multiples fois en cas de torsion sur ovaire sain. Cet aspect serait dû à une transsudation liquidienne secondaire à la congestion ovarienne [9-10]. Cet aspect folliculaire homogène et périphérique a été retrouvé dans notre 2ème cas. L'échographie a aussi l'avantage de situer l'ovaire dans la cavité abdominale et de rechercher une douleur élective au passage de la sonde. L'utilisation du doppler semble être prometteur dans l'établissement du diagnostic, cependant un doppler normal n'élimine pas une torsion [8]. L'IRM est une technique d'exploration complémentaire satisfaisante chez la femme enceinte, qui a le même intérêt que l'échographie avec une plus grande précision [11]. L'association du doppler et de l'irm est utile mais ne doit pas retarder la prise en charge chirurgicale. Le traitement chirurgical des masses ovariennes au cours de la grossesse ne se conçoit que lors la survenue d'une complication aiguë; telles que la torsion, la rupture ou l'hémorragie intra-kystique, et la présence d'arguments de malignité ou bien simplement lors de la persistance d'un kyste d'allure bénin au-delà de la 16^{ème} semaine d'aménorrhée. La voie d'abord initiale lors du 1^{er} et 2^{ème} trimestre est coelioscopique [12]; Toutefois, en fin de deuxième et au troisième trimestre de grossesse, un abord par laparotomie pour un accès direct à l'annexe peut parfois s'avérer nécessaire, due à la croissance du volume utérin. Plusieurs séries rétrospectives ont montré l'efficacité de la coelioscopie pour la chirurgie de l'ovaire lors de la grossesse [13, 14]. Le geste thérapeutique dépend de l'aspect de la masse; l'approche conservatrice consiste en une détorsion associée ou non à une ovariopexie, devant une masse d'aspect viable [15]. l'ovariectomie ou

l'annexectomie est indiquée devant une masse d'allure nécrotique; ou pour certains auteurs que devant des arguments macroscopiques de malignité. Car l'ovaire à une grande capacité de récupération fonctionnelle, ce qui justifie le traitement conservateur même devant une annexe de vitalité douteuse [16, 17]. Dans notre situation en l'absence d'un matériel approprié et de compétence en coeliochirurgie nous avons réalisé une laparotomie pour nos deux patientes. Pour la première malade une annexectomie a été réalisée vue l'aspect nécrotique de l'annexe tordue et compte tenu des difficultés contextuelles. Chez notre deuxième malade, vue la recoloration de l'ovaire après attente, celui-ci a été conservé, avec ovariopexie. Nous avons aussi choisi de tocolyser nos deux patientes, comme dans l'étude de Mathevet et al [13], sachant que celle-ci n'est pas systématique sauf en cas de contraction utérine [18].

CONCLUSION

La plupart des torsions de l'ovaire sur grossesse se produisent pendant le premier trimestre. Le diagnostic est souvent difficile vue le polymorphisme clinique. La précocité de la chirurgie après le début des symptômes augmente les chances préservation de l'ovaire. Le traitement conservateur avec détorsion par coelioscopie devrait être privilégié, ayant comme avantage un abord moins invasif, avec un séjour réduit en hospitalier, sans risques sur la mère ou le fœtus.

REFERENCES

- [1] Bayer AL, Iskind AK: Adnexal torsion: can the adnexa be saved? *Am J Obstet Gynecol* 1994, 171: 1506-1511.
- [2] Ventolini G, Hunter L, Drollinger D, Hurd WW: Ovarian torsion during pregnancy. [http://www.residentandstaff.com/issues/articles/2005-09_04.asp].
- [3] Manaso A, Broccio G, Angio LG: Adnexal torsion in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997, 76: 83-84.
- [4] Hibbard LT: Adnexal torsion. *Am J Obstet Gynecol* 1985, 152: 456-461.
- [5] Lee CH, Raman S, Sivanesaratnam V: Torsion of ovarian tumors: a clinicopathological study. *Int J Gynaecol Obstet* 1989, 28: 21-25.
- [6] Oelsner G, Cohen SB, Soriano D, et al. Minimal surgery for the wisted ischaemic adnexa can preserve ovarian function. *Hum reprod* 2003; 18 (12): 2599-602.
- [7] Chang SD, Yen CF, Lo LM, Lee CL, Liang CC. Surgical intervention for maternal ovarian torsion in pregnancy. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2011; 50 (4): 458-62.
- [8] Pena J, Ufberg D, Cooney N, Denin A: Usefulness of Doppler sonography in the diagnosis of ovarian torsion. *Fertil Steril* 2000, 73: 1047-1050.
- [9] Pansky M, Smorgick N, Herman A, et al. Torsion of normal adnexa in post menarchal women and risk of recurrence. *Obstetgynecol*. 2007; 109 (2 Pt 1): 355-9.
- [10] Zweig S, Perron J, Grubb D, et al. Conservative management of adnexal torsion. *Am J obstetgynecol*. 1993; 168 (6 Pt 1): 1791-5.
- [11] Abu-Musa A, Nassar A, Usta I, et al. Laparoscopic unwinding and cystectomy of twisted dermoidcyst during second trimester of pregnancy. *J Am Assoc gynecollaparosc*. 2001; 8 (3): 456-60.
- [12] Busine A, Murillo D. Conservative laparoscopic treatment of adnexal torsion during pregnancy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 1994; 23 (8): 918-21.
- [13] Mathevet P, Nessah K, Dargent D, et al. Laparoscopic management of adnexal masses in pregnancy: a case series. *Eur J obstetgynecolreprodbiol*. 2003; 108 (2): 217-22.
- [14] Roman H, Accoceberry M, Bolandard F, et al. Laparoscopic management of a ruptured benign dermoid cyst during advanced pregnancy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2005; 12 (4): 377-8.
- [15] Mashiah S, Bider D, Moran O: Adnexal torsion of hyperstimulated ovaries in pregnancies after gonadotropin therapy. *Fertil Steril* 1990, 53: 76-80.
- [16] Schmeler KM, Mayo-Smith WW, Peipert JF, Weitzen S, Manuel MD, Gordinier ME. Adnexal masses in pregnancy: surgery compared with observation. *Obstet Gynecol*. 2005; 105 (5Pt1): 1098-103.
- [17] Chauveaud-Lambling A, Picone O, Fernandez H. Tumeurs de l'ovaire et grossesse. *Encycl Méd Chir, Gynécologie/Obstétrique*. 2006; 5 - 047 - S - 10.
- [18] Jackson H, Granger S, Price R, Rollins M, Earle D, Richardson W, et al. Diagnosis and laparoscopic treatment of surgical diseases during pregnancy: an evidence-based review. *Surg Endosc* 2008; 22: 1917e27.