

# Kyste wolffien du ligament rond dans un tableau de torsion A propos d'un cas et revue de la littérature

Saloua Krite 1, Yassine Belhaj 2, F.Z Fdili Alaoui 3, Sophia Jayi 3, Hikmat Chaara 3, Moulay Abdellah Melhouf 3

1. Département de gynécologie obstétrique II, CHU HASSAN II, Fez.

**Abstract:** Para ovarian cysts come from the mesothelium of the broad ligament in 68% of cases, from the remains of the para mesonephric duct in 30% of cases and from the remains of the mesonephric duct in the remaining 2% of cases like the case of our patient. Para ovarian cysts have been reported in women of all age groups, from newborn to menopause, although the reported incidence is higher in women of childbearing age. The Wolffian cyst of the round ligament of our patient was discovered during an emergency laparotomy for clinical and para clinical suspicion of torsion of the cyst.

**Keywords:** wolffian cyst, round ligament, torsion, deferent duct.

**Résumé:** Les kystes para ovariens proviendraient du mesothélium du ligament large dans 68 % des cas, des restes du canal para mesonephrique dans 30 % des cas et des restes du canal mesonephrique dans le reste 2% des cas[1] comme le cas de notre patiente. Des kystes para ovariens ont été rapportés chez les femmes de toutes les tranches d'âge, du nouveau-né à la ménopause, bien que l'incidence signalée soit plus élevée chez les femmes en âge de procréer. Le kyste wolffien du ligament rond de notre patiente a été découvert lors d'une laparotomie d'urgence pour suspicion clinique et para clinique de torsion du kyste.

**Mots clés :** kyste wolffien, ligament rond, torsion, conduit deferent

## **INTRODUCTION:**

Les kystes wolffiens du ligament rond et du paramètre sont une pathologie rare qui est souvent découverte fortuitement lors d'un acte chirurgical ou un examen radiologique pour autre pathologie et sont définis comme des masses kystiques qui se développent à partir des vestiges du conduit déférent vestigial qui persistent parfois dans la paroi latérale de l'utérus. La prévalence a été estimée entre 5 et 20 % parmi les masses annexielles.

## **OBSERVATION :**

Patiante âgée de 27 ans, sans antécédents, admise à H8 d'une douleurs pelviennes aiguës plus accentuées à droite, chez qui l'examen clinique trouve une patiente consciente, avec présence d'une sensibilité abdominale généralisée plus accentuée au niveau de la FID résistante au traitement analgique évoluant de face paroxystique, avec une douleur latéro-utérine droite au touché vaginal. L'échographie endovaginale a objectivé la présence d'un utérus de taille normale, de contours réguliers, myomètre homogène. Endomètre fin, en triple feuillet. Ovaire gauche : vu, de taille normale ovaraire droit vu augmenté de taille siège d'un épaissement minime du stroma avec présence d'une formation anéchogène liquide droite 51\*57mm latéro-utérine droite. Absence d'épanchement liquide. Un bilan biologique a été réalisé revenant sans anomalies avec bêta HCG négatif, devant le tableau clinique et para clinique de la torsion la patiente a été admise en urgence pour une kystectomie + détorsion, lors du geste opératoire on a découvert la présence d'un kyste du ligament rond bien limité à contenu translucide avec capsule intacte (figure 1 et 2), vu la difficulté d'extraire le kyste sans rupture qui était en regard de l'artère utérine et l'uretère, une ponction avec aspiration du liquide qui était transparent a été réalisée puis extraction de la capsule sans incident (figure 3), l'anapath était en faveur d'un kyste wolffien séreux, sans signes de malignité.

## **DISCUSSION :**

Les kystes wolffiens constituent la lésion kystique la plus fréquente (une fréquence étonnante lors d'autopsies systématiques) ; ils se développent aux dépens des reliquats des canaux de Wolff, et plus précisément du conduit déférent vestigial (canal de Malpighi-Gartner) ; ils siègent tout au long des bords antérolatéraux du vagin depuis la paroi antérolatérale du col utérin, jusqu'au vestibule vulvaire, à la hauteur de la partie moyenne de la grande lèvre, mais les kystes wolffiens les plus fréquents se développent dans la partie haute du vagin, près de son dôme ; parfois ils siègent dans la région profonde et latérale de l'endocol utérin, en dehors des cryptes glandulaires aux dépens des vestiges tubulaires du canal de Wolff. Les vestiges du conduit déférent vestigial peuvent aussi persister dans la paroi latérale de l'utérus pour former parfois, des kystes latéro-utérins évoluant dans les paramètres, puis plus haute, au niveau du mésosalpinx, ces vestiges wolffiens sont responsables de la plupart des kystes para tubaires (par ovariens) [1, 2, 3, 4].

Les kystes wolffiens sont généralement de petite taille (la taille d'un pois ou d'une noisette) et isolés, mais parfois multiples et disposés en chapelet ; plus rares sont les volumineux kystes.

Ils peuvent survenir à tout âge, et cliniquement peuvent rester asymptomatiques, même volumineux et le diagnostic se fait souvent fortuitement, au cours d'un examen gynécologique, mais rarement, ils peuvent être à l'origine de douleurs pelviennes, de dyspareunie et de dystocie par obstacle prævia lors de l'accouchement. Le contenu de kystes wolffiens est séreux ou visqueux (mucineux), opalescent ; ils sont entourés d'une paroi formée d'une assise externe musculaire lisse et d'un revêtement kystique interne tapissé par un épithélium uni stratifié et disposé sur une membrane basale bien visible ; les cellules qui constituent cet épithélium sont cubiques ou cylindriques et parfois ciliées et renfermant un noyau vésiculeux entouré d'un cytoplasme clair ou sombre ; des plages de métaplasie malpighienne épithéliale sont parfois mises en évidence. Du point de vue embryologique, le canal de Wolff gauche régresse plus vite que ce de droite d'où la fréquence deux fois plus élevée des kystes wolffiens vaginaux droits ; puis leur origine wolffienne explique leurs relations anatomiques intimes et dangereuses avec l'appareil urinaire et en particulier avec l'uretère qui peut parfois s'ouvrir au niveau de ces kystes wolffiens ou dans le canal de Gartner ; généralement les anomalies urétérales siègent le plus souvent à gauche. L'association de ces kystes avec une agénésie ou une dysplasie du rein homolatéral est possible mais rare. Cette origine embryologique explique l'absence de véritable plan de clivage chirurgical permettant de séparer ces kystes des organes avoisinants et en particulier l'uretère et la vessie. Pour cela, l'exérèse des kystes wolffiens de la partie haute du vagin, pour beaucoup d'auteurs, n'est justifiée que dans certaines indications : -Une dyspareunie -troubles urinaires et de compression de la vessie [5, 6, 7, 8, 9, 10].

La prise en charge chirurgicale doit être précédée d'un bilan permettant de préciser les rapports anatomiques de ces kystes avec les organes avoisinants (échographie pelvienne, scanner pelvien, IRM, UIV, cystoscopie...). Certains auteurs préconisent, dans certains cas, la prise en charge de ces kystes par : La simple marsupialisation ; La ponction dans les rares cas où le kyste wolffien forme un obstacle prævia lors de l'accouchement.

## **CONCLUSION:**

Les radiologues et les gynécologues doivent garder à l'esprit la présence de ce type de kyste de localisation rare en tant que diagnostic différentiel pour les patientes atteintes de masses annexielles, pour assurer un diagnostic préopératoire correct afin d'obtenir un résultat optimal pour ces masses. Les gynécologues doivent être conscients des cas qui peuvent être traités de manière conservatrice et de ceux qui nécessitent une intervention chirurgicale, ainsi que l'étendue de l'intervention chirurgicale nécessaire, en prenant soin de protéger à tout prix l'ovaire, en particulier dans les cas bénins et de ne pas lésionner les structures de voisinage surtout l'uretères et la vessie.

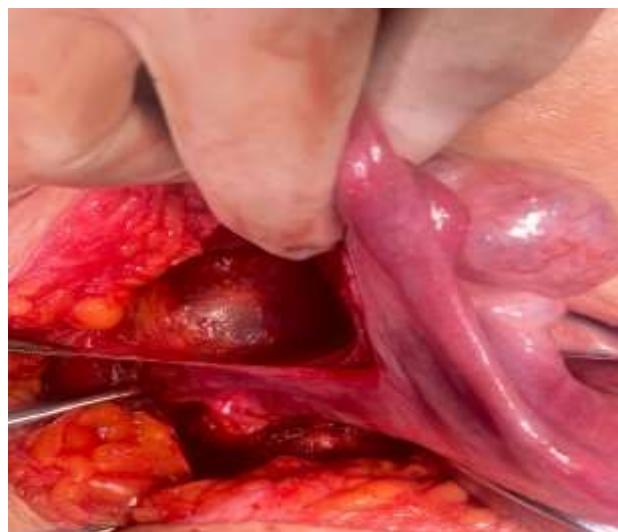


FIG1 et 2 : image peropératoire montrant un kyste du ligament rond de l'utérus



**FIG3 : liquide transparent d'aspiration du contenu du kyste avec la coque**

**Liste des figures :**

**FIG1 et 2 :** image peropératoire montrant une localisation rare des kystes para-ovariens le kyste du ligament rond de l'utérus.  
**FIG3 :** liquide transparent d'aspiration du contenu du kyste avec la coque

**Déclaration d'intérêt :** les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt avec cet article.

**Références:**

1. Tzur T, Tzur Y, Baruch S, Smorgick N, Melcer Y. Clinical presentation of paraovarian cysts. *Isr Med Assoc J* 2022; 24: 15-19.
2. Stefanopol IA, Baroiu L, Neagu AI, et al. Clinical, imaging, histological and surgical aspects regarding giant paraovarian cysts: a systematic review. *Ther Clin Risk Manag* 2022; 18: 513-522.
3. Durairaj A, Gandhiraman K. Complications and management of paraovarian cyst: a retrospective analysis. *J Obstet Gynecol India* 2019; 69: 180-184.
4. Kiran S, Jabri SS, Razek YA, Devi MN. Non-tender huge abdominal mass in an adolescent: bilateral paraovarian cysts. *Sultan Qaboos Univ Med J* 2021; 21: e308.
5. P.-H. Communal, D. Raudrant. "Malformations de l'appareil génital féminin d'origine müllerienne ". Hervé Fernandez, Charles Chapron et Jean-Luc Pouly " *Traité de Gynécologie* " Médecine-Sciences Flammarion 2005. p;396
6. J. Poirier, M. Catala, I. Poirier, J. Baudet. " *Leçons d'embryologie humaine* " 4e édition - 2005.p;223:247.
7. Pierre Kamina " *Anatomie opératoire en Gynécologie & Obstétrique* ". Maloine 2000. p; 237:238.
8. E. Philippe, C. Charpin. " *Pathologie gynécologique et obstétricale* ". Masson 1992. p; 8, 26, 37, 157.
9. Bernard Blanc. " *Pathologie de la vulve et du vagin* ". Vigot 1992. p; 6, 15, 223. Bernard Blanc, Léon Boubli. " *Gynécologie* ". Editions pradel 1989. p; 265.et 254.
10. Pierre Kamina. " *Anatomie gynécologique et obstétricale* ". 4e édition, Maloine.s.a Paris 1984 ; p:271.Denys Sersiron. " *Gynécologie pédiatrique* ". Masson 1984. p;66.