

Torsion d'annexe sur grossesse en troisième trimestre à propos d'un cas

Mohamed Iemine ABDI, Mouna AHARMOUCH, Yassine BELHAJ, Sofia Jayi, Fatima Zohra fdili Alaoui, Hikmat Chaara, Moulay Abdelilah Melhouf

Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, service de gynécologie et obstétrique II, Centre hospitalier universitaire HASSAN II de Fès.

Auteur correspondant : Mohamed Iemine ABDI, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, service de gynécologie et obstétrique II, Centre hospitalier universitaire HASSAN II de Fès.

Abstract : *Ovarian cysts are in most cases asymptomatic, and may be discovered by chance during an ultrasound scan. They only become symptomatic when a complication occurs. Diagnosis of adnexal masses is becoming increasingly frequent with the routine and systematic use of ultrasound in pregnancy, especially in the first trimester as part of screening [1]. Conservative treatment is discussed in non-emergency situations; however, acute complications such as adnexal torsion (AT) require surgery or laparoscopy [2]. Adnexal torsion during pregnancy is a rare entity, occurring mainly in the first two trimesters of pregnancy (70-90%) [3, 4]. It is favoured by the ovarian hyperstimulation observed in medically assisted reproduction [5]. Some authors encourage preservation of the ovary despite its necrotic appearance, as its function is preserved in 88 to 100% of cases [6]; despite the ovary's great capacity for recovery, conservative surgery is only necessary in cases seen and treated early, which is very rarely the case in resource-poor settings [7].*

Résumé :

Les kystes ovariens sont dans la plupart des cas asymptomatiques et peuvent être de découverte fortuite lors d'une échographie. Ils ne deviennent symptomatiques que lorsque survient une complication. Le diagnostic des masses annexielles sont de plus en plus fréquentes avec la réalisation en pratique courante et systématique de l'échographie en grossesse surtout au premier trimestre dans le cadre de dépistage [1]. Le traitement conservateur se discute en dehors de l'urgence ; cependant la survenue des complications aiguës telles que la torsion d'annexe (TA), impose la réalisation d'une chirurgie ou coelioscopie [2]. La torsion d'annexe en cours de grossesse est une entité rare survenant majoritairement aux cours des deux premiers trimestres de la grossesse (70 à 90%) [3, 4]. Elle est favorisée par l'hyperstimulation ovarienne observée dans la procréation médicalement assistée [5]. Certains auteurs encouragent la préservation de l'ovaire malgré son apparence nécrotique car sa fonction serait préservée dans 88 à 100% des cas [6] ; malgré la grande capacité de récupération de l'ovaire, une chirurgie conservatrice n'est nécessaire que dans les cas vus et traités précocement ce qui est très rarement le cas dans les contextes pauvres en ressources [7].

Mots clés : Torsion, Grossesse, Annexectomie

Observation :

il s'agit d'une patiente âgée de 24 ans, SAPN, G2P1(1EV/AVB), grossesse actuelle qui se dit à 7 mois , pas de DDR précise ni échographie de T 1 , non suivie , de déroulement sans particularité jusqu'au 3 jours avant son admission où la patiente a présenté des douleurs pelviennes intenses latéralisées surtout à droite avec vomissements et une fièvre non chiffrée régressant progressivement d'intensité, motivant sa consultation chez un médecin généraliste mise sous traitement symptomatique et devant la non amélioration de la symptomatologie la patiente consulte chez nous pour prise en charge, chez qui l'examen à l'admission trouve une patiente consciente, normotendue , normocarde, apyrétique avec à l'examen abdominal abdomen souple respire normalement, présence d'une masse de consistance dure à la palpation au niveau du flanc droit douloureuse sans défense. L'examen obstétrical trouve une hauteur utérine corrélée à l'âge gestationnel, pas de contraction utérine ,pas d'hydrorrhée , toucher vaginal a trouvé un col long fermé postérieur , un enregistrement du rythme cardiaque fœtale qui était oscillant et réactif, la patiente a bénéficié d'une échographie pelvienne qui a objectivé la présence en sus utérin droit d'une image anéchogène multicloisonnée à paroi fine sans végétations , sans vascularisation , sans composante solide de 18 cm de grand axe arrivant en sous hépatique dont l'origine ovarien était retenue avec 2 tours de spires en faveur d'une torsion, absence d'épanchement intra-péritonéal Par ailleurs : grossesse monofoetale évolutive en présentation céphalique, placenta homogène fundique avec biométrie correspondant à 29 SA (figure 1)

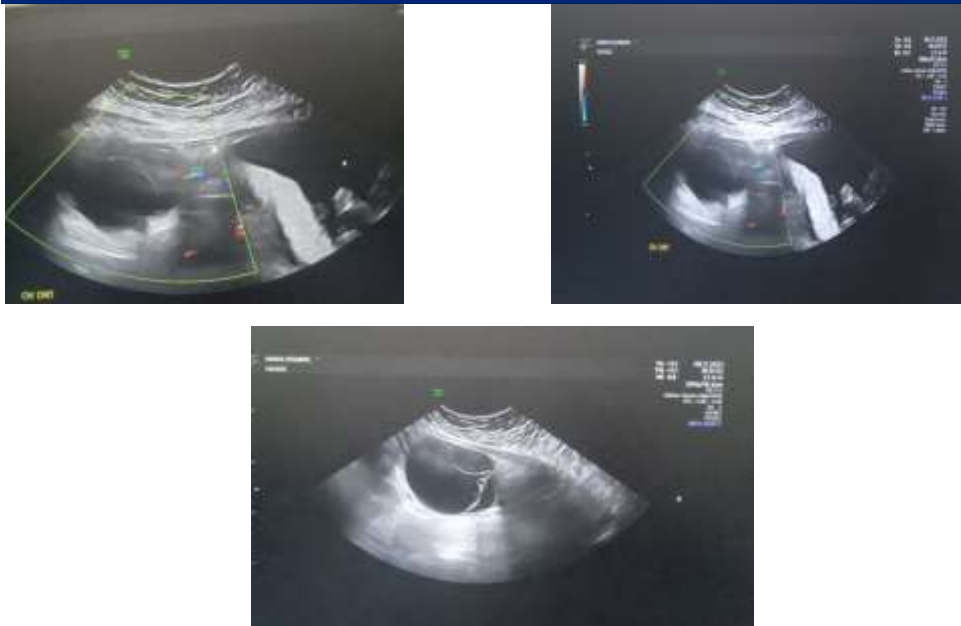


Figure 1 : images échographique témoignant de la torsion d'annexe avec mise en évidence d'un double tour de spire

Décision par la suite d'une laparotomie exploratrice. A l'exploration (figure 2) : Utérus plein de fœtus faisant 29 SA, présence en sous hépatique au dépend de l'annexe droite d'une masse homogène de 17 cm au dépend de l'ovaire droite avec torsion en deux tours de spire avec annexe œdématisé nécrosé d'où la décision d'une ovariectomie droite + biopsies multiples.

-1 er temps : cytologie

-2 -ème temps ovariectomie avec ligature section du lombo ovarien

-3 -ème temps : réalisation de biopsies multiples

La patiente a mise sous tocolyse par injection de progestérone retard avec bonne évolution.

Les suites post opératoires étaient simples avec grossesse mené à terme et accouchement par voie basse.

L'étude anatomopathologique est revenue en faveur de cystadénome mucineux.



Figure 2 : image per opératoire de l'annexe tordu réalisant 02 tours de spires

Discussion :

La torsion ovarienne, se produit le plus fréquemment au cours 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]. La symptomatologie, lors de cette affection se caractérisent par une douleur pelvienne d'installation brutale et souvent intense ,

souvent associée à des nausées et des vomissements. L'examen clinique ainsi que l'imagerie peut être 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 choix ; 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 efficace 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 16ème semaine d'aménorrhée. La voie d'abord initiale lors du 1er et 2ème 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 a 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. 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 :

Le diagnostic de torsion d'annexe reste difficile, en particulierité pendant la grossesse. Le tableau clinique est peu spécifique, les examens paracliniques sont peu fiables pour poser le diagnostic positif mais gardent leur place afin d'éliminer les différents diagnostics différentiels et rechercher une pathologie annexielle. Le geste opératoire doit être conservateur et consiste en la détorsion de l'annexe, l'ovariopexie ne doit pas être systématique. Le pronostic gravidique est en générale favorable, quelques cas de retard de croissance et d'accouchement prématuré ont été décrits.

Références:

- [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 reprodxfengl. 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] Zweizig 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 dermoid cyst 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.