



TORSION D'ANNEXE DROITE SUR GROSSESSE AU TROISIÈME TRIMESTRE : A PROPOS D'UN CAS

Setondji Gilles Roger ATTOLOU¹, Christel Marie LALEYE¹, Moufaliou ABOUBACAR², Dossou Alfred KEKE², Yacoubou IMOROU¹, Elohonnan Wilfried GANDJI¹, Gaspard Dansou GBESSI¹, Kuassi Delphin MEHINTO¹.

(1) : Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale ; Centre National Hospitalier Universitaire "Hubert K. Maga" de Cotonou.

(2) : Service de Gynécologie Obstétrique ; Centre Hospitalier Universitaire d'Instruction des Armées.

Auteur correspondant : Christel Marie LALEYE ; laleyefor@yahoo.fr

RESUME

Introduction : La torsion d'annexe est une pathologie rare pendant la grossesse. Le diagnostic peut être difficile en raison de signes cliniques non spécifiques et de difficultés rencontrées lors de l'exécution des examens du fait du volume utérin. Nous rapportons ici un cas de torsion d'annexe rare, notamment en début de troisième trimestre de grossesse. **Cas clinique :** il s'agit d'une gestante de 16ans, nullipare qui a consulté à 28SA+06 jours devant une douleur pelvienne irradiant en fosse iliaque droite. L'examen clinique retrouvait une patiente fébrile à 38°C, une défense en fosse iliaque droite. Sur le plan paraclinique il existait un syndrome inflammatoire systémique. Une échographie conclue à une masse annexielle droite et une appendicite aigue iliaque droite. En per opératoire on retrouve une torsion d'annexe droite avec nécrose et un état inflammatoire de l'appendice en contact de l'annexe. On réalise une annexectomie droite associée à une appendicetomie. Les suites opératoires ont été marquées par la survenue d'un accouchement prématuré au quatrième jour post opératoire. **Discussion :** La torsion d'annexe est une entité assez rare qui ne survient au cours de la grossesse que dans une proportion de 13% à 28 %. Dans ce cas, soit la masse annexielle préexiste à la grossesse soit elle apparait et se développe au cours de celle-ci. Chez notre gestante il est difficile de dire si la masse ovarienne était préexistante à la grossesse. Mais la survenue tardive de la torsion au troisième trimestre fait suggérer son existence antérieure. Le tableau clinique de notre gestante correspondait à une forme atypique. Sur le plan paraclinique l'échographie pelvienne est pauvre en signes positifs de torsion ; l'utilisation du Doppler couleur reste controversée. La prise en charge chirurgicale des masses ovariennes au cours de la grossesse n'est envisagée que dans les situations d'urgences. La laparotomie reste la technique recommandée pour un tel âge gestationnel. Le geste thérapeutique dépend de l'aspect de la masse. L'ovariectomie ou l'annexectomie est indiquée devant une masse d'allure nécrotique. **Conclusion :** Le diagnostic de torsion d'annexe sur grossesse est difficile. Le tableau clinique est peu spécifique et le traitement est le plus souvent chirurgical avec un risque d'accouchement prématuré non négligeable.

Mots clés : torsion d'annexe, grossesse, appendicetomie.

SUMMARY

Introduction: Torsion of the adnexal is a rare pathology during pregnancy. Diagnosis can be difficult due to non-specific clinical signs and difficulties encountered during the performance of examinations due to uterine volume. Here we report a rare case of torsion adnexa, particularly in the early third trimester of pregnancy. **Clinical case:** This is a 16-year-old pregnant woman, nulliparous who consulted at 28SA+06 before pelvic pain radiating to the right iliac fossa. The clinical examination found a febrile patient at 38°C, a defense in the right iliac fossa. On the paraclinical level there was a systemic inflammatory syndrome. An ultrasound concluded with a right adnexal mass and an acute right iliac appendicitis. In operation, there is a right adnexal torsion with necrosis and an inflammatory state of the appendix in contact with the right adnexal. A right adnexectomy is performed associated with an appendectomy. The postoperative course was marked by the occurrence of a premature delivery on the fourth postoperative day. **Discussion:** Torsion of the adnexal is a fairly rare entity that occurs during pregnancy only in a proportion of 13% to 28%. In this case, either the adnexal mass preexists pregnancy or it appears and develops during this one. In our pregnant woman it is difficult to say whether the ovarian mass was pre-existing during pregnancy. But the late onset of the twist in the third trimester suggests its earlier existence. The clinical presentation of our pregnant woman corresponded to an atypical form. On the paraclinical level the pelvic ultrasound is poor in positive signs of torsion; the use of color Doppler remains controversial. Surgical management of the ovarian masses during pregnancy is only considered in emergency situations. Laparotomy remains the recommended technique for such a gestational age. The therapeutic gesture depends on the appearance of the mass. Ovariectomy or adnexectomy is indicated before a necrotic mass. **Conclusion:** The diagnosis of adnexal torsion in pregnancy is difficult. The clinical presentation is not very specific and the treatment is most often surgical with a significant risk of premature delivery.

Keywords: appendix torsion, pregnancy, appendectomy.

INTRODUCTION

La torsion d'annexe est une pathologie rare secondaire à la rotation totale ou partielle de l'annexe autour de son axe vasculaire. La torsion d'annexe est une cause de douleurs pelviennes aiguës qui peut se voir à n'importe quel âge. Cependant, elle est rare pendant la grossesse et survient préférentiellement au premier trimestre bien que l'augmentation de taille de l'utérus au 2^e et 3^e trimestre réduise la mobilité de l'annexe(1). Son incidence varie de 1/81 à 1/22000 grossesses spontanées (2–4). Cette incidence augmente en cas de stimulation ovarienne dans le cadre de la procréation médicalement assistée.

Le diagnostic correct de la torsion d'annexe pendant la grossesse peut être retardée en raison de signes cliniques non spécifiques et de difficultés rencontrées lors de l'exécution d'un examen, en particulier dans la seconde moitié de la grossesse. Nous rapportons ici un cas de torsion d'annexe extrêmement rare, notamment en début de troisième trimestre.

CAS CLINIQUE

Il s'agit d'une gestante de 16ans, nullipare, sans antécédents médico-chirurgicaux notables. Le déroulement de la grossesse était jusqu'alors sans particularités. Elle a consulté aux urgences à 28 SA+ 06 devant une douleur pelvienne irradiant en fosse iliaque droite et résistante aux antalgiques de palier I/II. Pas de troubles dyspeptiques ni de troubles du transit. L'examen clinique retrouvait une patiente fébrile à 38°C, hémodynamiquement stable mais avec une défense en fosse iliaque droite à la palpation abdominale. L'examen obstétrical était normal. Sur le plan paraclinique il existait un syndrome inflammatoire systémique. Une échographie conclue à une masse annexielle droite sans pouvoir préciser le caractère tordu ou pas de l'annexe (Doppler non disponible) et une appendicite aiguë iliaque droite. Nous avons donc décidé d'une laparotomie après traitement utéro-relaxant.

En per opératoire on retrouve une torsion d'annexe droite (03 tours de spires) avec nécrose (figure 1) et un état inflammatoire de l'appendice en contact de l'annexe tordue. On réalise une annexectomie droite associée à une appendicetomie (figures 2).

Les suites opératoires ont été marquées par la survenue d'un accouchement prématuré au quatrième jour post opératoire et ceci malgré un traitement utéro-relaxant poursuivi en post opératoire. La patiente a quitté l'hôpital au dixième jour post opératoire. L'examen anatomo-pathologique des pièces opératoires n'a pas été réalisé.



Figure 1 : Torsion de l'ovaire droit avec nécrose



Figure 2 : Pièce d'appendicectomie complémentaire

DISCUSSION

La torsion d'annexe est une entité assez rare qui ne survient au cours de la grossesse que dans une proportion de 13 à 28 % (1). Dans ce cas, soit la masse annexielle préexiste à la grossesse soit elle apparaît et se développe au cours de celle-ci (5). Dans le premier cas, il s'agit le plus souvent de masse ovarienne de nature organique tandis que dans le second cas, le caractère fonctionnel est évoqué d'autant plus qu'elle apparaît dans le contexte d'une procréation médicalement assistée et qu'elle disparaît spontanément avant la seizième semaine de grossesse (2,6,7).

Chez notre gestante, dont la grossesse était spontanée, il est difficile de dire si la masse ovarienne était préexistante à la grossesse car aucune échographie n'a été réalisée au premier trimestre de grossesse. Mais la survenue tardive de la torsion au troisième trimestre fait suggérer son existence antérieure. Par ailleurs la torsion d'annexe en

cours de grossesse sur masse ovarienne fonctionnelle survient classique plus tôt au premier trimestre de grossesse (4,8).

Le tableau clinique de notre gestante correspondait à une forme atypique avec seule la douleur abdominale au premier plan (9). Le diagnostic clinique de la torsion d'annexe pendant la grossesse se fait habituellement sur une douleur latéralisée aiguë et brutale, associée à des nausées ou vomissements et à une masse annexielle connue. À partir du deuxième trimestre, l'absence de défense est possible, les annexes se situant en arrière de l'utérus gravide. La torsion prédomine le plus souvent du côté droit et est favorisée par des lésions bénignes de l'ovaire (1).

Sur le plan paraclinique, le syndrome inflammatoire biologique est inconstant. L'échographie chez notre patiente n'a pas permis de retrouver la torsion d'annexe. Cette échographie peut s'avérer difficile du fait de l'augmentation du volume utérin et de la situation postérieure des annexes par rapport à l'utérus gravide. Il est par ailleurs établi que l'échographie pelvienne est pauvre en signes positifs de torsion ; elle permet de visualiser une pathologie annexielle, mais l'utilisation du Doppler couleur reste controversée (1).

La prise en charge chirurgicale des masses ovariennes au cours de la grossesse n'est envisagée que dans les situations d'urgences représentées par : la survenue de complications aiguës telles que la torsion, la rupture ou l'hémorragie intra-kystique, et la présence d'arguments de malignité ou simplement la persistance d'un kyste d'allure bénigne au-delà de la quatorzième semaine d'aménorrhée (5). Au premier trimestre de grossesse la voie d'abord coelioscopique est recommandée. Elle permet de poser l'essentiel des gestes thérapeutiques sur les annexes(1,5). Notre patiente était en début de troisième trimestre avec une hauteur utérine importante et faisant donc prendre des risques quant à un abord coelioscopique. La laparotomie reste la technique recommandée pour un tel âge gestationnel. Le geste thérapeutique dépend de l'aspect de la masse. L'ovariectomie ou l'annexectomie est indiquée devant une masse d'allure nécrotique ; pour certains auteurs cependant, elle n'est indiquée que devant des arguments macroscopiques de malignité. La grande capacité de récupération fonctionnelle du tissu ovarien justifie d'être conservateur même devant une annexe de vitalité douteuse (3,5,10–13). Dans notre contexte économique avec une patiente mineure à faible niveau social l'attitude conservatrice de l'annexe reste très discutée surtout du fait de l'accès difficile à la chirurgie. Une réintervention éventuelle pourrait s'avérer économiquement irréalisable ; ce qui nous a imposé une

attitude d'emblée non conservatrice. La patiente et ses parents étaient prévenus des risques d'annexectomie et de fausse couche.

CONCLUSION

Le diagnostic de torsion d'annexe sur grossesse est rare et difficile. Le tableau clinique est peu spécifique, les examens paracliniques ne sont pas fiables. Il est important d'évaluer le rapport bénéfice/risque à réaliser une coelioscopie diagnostique, et ceux, surtout sur une grossesse au delà du premier trimestre. Bien conduite avec la précaution d'une tocolyse la laparotomie reste l'approche de choix et permet de conserver la grossesse.

RÉFÉRENCES

1. Mattuizzi A, Camberlein C, Coatleven F, Horovitz J. Torsion d'annexe saine et grossesse : à propos d'un cas. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* janv 2016;45(1):92-3.
2. Hasiakos D, Papakonstantinou K, Kontoravdis A, Gogas L, Aravantinos L, Vitoratos N. Adnexal torsion during pregnancy: Report of four cases and review of the literature. *J Obstet Gynaecol Res.* août 2008;34(4pt2):683-7.
3. Stepp KJ, Tulikangas PK, Goldberg JM, Attaran M, Falcone T. Laparoscopy for Adnexal Masses in the Second Trimester of Pregnancy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* févr 2003;10(1):55-9.
4. Chang S-D, Yen C-F, Lo L-M, Lee C-L, Liang C-C. Surgical intervention for maternal ovarian torsion in pregnancy. *Taiwan J Obstet Gynecol.* déc 2011;50(4):458-62.
5. Fouedjio JH, Fouogue JT, Fouélifack FY, Nangue C, Sando Z, Mbu RE. Torsion d'annexe en cours de grossesse : à propos d'un cas à l'Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun. *Pan Afr Med J.* janv 2014;17:1-5.
6. Schwartz N, Timor-Tritsch IE, Wang E. Adnexal Masses in Pregnancy: Clin Obstet Gynecol. déc 2009;52(4):570-85.
7. Schmeler KM, Mayo-Smith WW, Peipert JF, Weitzen S, Manuel MD, Gordinier ME. Adnexal Masses in Pregnancy: Surgery Compared With Observation: Obstet Gynecol. mai 2005;105(5, Part 1):1098-103.
8. Erdemoğlu M, Kuyumcuoğlu U, Kale A. Pregnancy and adnexal torsion: analysis of 20 cases. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2010;37(3):224-5.
9. Marret H, Laffo M, De Calan L, Bourlier L, Lansac J. Urgences chirurgicales au cours de la grossesse. *Encycl Méd Chir GynécologieObstétrique.* 2000;(5-049-D-10):13.
10. Busine A, Murillo D. [Conservative laparoscopic treatment of adnexal torsion during pregnancy]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 1994;23(8):918-21.
11. Morice P, Louis-Sylvestre C, Chapron C, Dubuisson JB. Laparoscopy for adnexal torsion in pregnant women. *J Reprod Med.* juill 1997;42(7):435-9.
12. Bider D, Mashlach S, Dulitzky M, Kokia E, Lipitz S, Ben-Rafael Z. Clinical, surgical and pathologic findings of adnexal torsion in pregnant and nonpregnant women. *Surg Gynecol Obstet.* nov 1991;173(5):363-6.
13. Moore RD, Smith WG. Laparoscopic management of adnexal masses in pregnant women. *J Reprod Med.* févr 1999;44(2):97-100.