



Journal Homepage: - www.journalijar.com
**INTERNATIONAL JOURNAL OF
 ADVANCED RESEARCH (IJAR)**

Article DOI: 10.21474/IJAR01/7596
 DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/7596>



RESEARCH ARTICLE

ADNEXAL TORSION ON OVARIAN CYST IN THE FIRST TRIMESTER OF PREGNANCY: ABOUT 3 CASES.

Fatima Zahra Cherrabi¹, Imen Bensalah¹, Abdoulah Babahabib^{1,3}, Jaouad Kouach^{1,3} and Driss Rahali Moussaoui^{1,3}.

1. Department of Gynecology-Obstetric, Military Training Hospital Med V, Rabat, Morocco.
2. Department of gynecology-obstetric and surgy, Military Training Hospital Med V, Rabat, Morocco.
3. Faculty of Medicine and Pharmacy, University Mohammed V Souissi, Rabat, Morocco.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 20 June 2018
 Final Accepted: 22 July 2018
 Published: August 2018

Keywords:-

kyste ovarien, grossesse, échographie, traitement chirurgical.

Abstract

Adnexal masses in pregnancy are not commonly encountered. The majority of these masses are discovered incidentally during routine echography. However, some of these masses become symptomatic due to their size, location and impingement of adjacent structures. Surgery during pregnancy exposes to the risk of early abortion or prematurity. The benefit-risk balance must take into account the obstetrical issue, the importance of not ignoring a malignant pathology and the prevention of complications related to the ovarian cyst. We report 3 cases of adnexal torsion on ovarian cyst in the first trimester of pregnancy, having benefited from a surgical treatment with good postoperative evolution. To draw attention to this diagnosis of adnexal torsion which is an emergency not to be ignored in front of any acute pelvic pain in the pregnant woman.

Copy Right, IJAR, 2018,. All rights reserved.

Introduction:-

Les masses annexielles sont de plus en plus fréquentes avec la réalisation et la qualité sans cesse croissantes de l'échographie au cours de la grossesse [1]. Le traitement conservateur se discute en dehors de l'urgence. Cependant, la survenue des complications aiguës telles que la torsion d'annexe impose la réalisation d'actes chirurgicaux plus ou moins invasifs [1, 2]. La torsion d'annexes au cours d'une grossesse est une entité rare survenant majoritairement aux cours des deux premiers trimestres de grossesse (70 à 90%) [1, 3]. Traditionnellement, l'annexectomie était pratiquée en cas de torsion du fait de la crainte d'une fibrinolyse, d'une péritonite ou d'embolies vasculaires après détorsion [4]. Malgré la grande capacité de récupération de l'ovaire, une chirurgie conservatrice ne se conçoit que dans les cas vus et traités précocement ce qui est très rarement le cas dans les contextes pauvres en ressources [2, 5].

Observations:-

Cas 1:-

Patiente âgée de 28ans, deuxième geste primipare, admise pour algies pelviennes aiguës continues apparues 3 heures avant son admission sur une grossesse de dix semaines d'aménorrhée et six jours. Chez qui l'examen clinique trouve une sensibilité de la fosse iliaque droite, un utérus augmenté de taille correspondant à l'âge gestationnel avec présence d'une masse latéro-utérine droite, rénitente et douloureuse à la palpation. L'échographie a objectivé une grossesse évolutive avec présence d'une formation latérorutérine anéchogène contenant de cloisons intrakystiques au dépend de l'ovaire droit faisant 6cm sur 4cm (FIGURE 1). Devant le tableau clinique de la patiente, on a

Corresponding Author:- Fatima Zahra Cherrabi.

Address:- Department of Gynecology-Obstetric, Military Training Hospital Med V, Rabat, Morocco.

directement admise au bloc opératoire pour suspicion de torsion d'annexe sur kyste ovarien ou elle a bénéficié d'une minilaparotomie. A l'exploration, l'utérus était augmenté de volume avec présence d'un kyste bleuâtre au dépend de l'ovaire droit faisant environ 6cm sans zone de nécrose visible ni épanchement pelvien. L'annexe gauche était saine. On a procédé à une détorsion du kyste avec réalisation d'une kystectomie idéale (FIGURE 2) qu'on a adressé à l'examen anatomopathologique revenu en faveur d'un kyste lutéinique hémorragique sans signe de malignité visible. On a mis la patiente sous traitement progestatif avec bonne évolution.

Cas 2:

Patiente âgée de 32ans, deuxième geste primipare, porteuse d'un utérus cicatriciel, admise à 11 semaines d'aménorrhée pour algies pelviennes aiguës dont l'examen clinique trouve un utérus à 2 travers de doigts au dessus de la symphyse pubienne et une discrète défense pubienne latéralisée à droite. Une échographie a été faite ayant objectivé une grossesse évolutive avec un kyste ovarien droit anéchogène, à paroi fine sans cloison ni végétation faisant 4cm avec absence du flux ovarien au doppler couleur (FIGURE 3). La patiente a bénéficié d'une minilaparotomie ayant objectivé un kyste ovarien droit faisant 5cm avec deux tours de spires. On a procédé à une détorsion de l'annexe avec réalisation d'une kystectomie idéale dont l'examen anatomopathologique était en faveur d'un kyste lutéinique.

Cas 3:

Patiente âgée de 18 ans, primigeste, sans antécédents pathologiques notables, admise à 8 semaines d'aménorrhée pour douleurs pelviennes aiguës, intermittentes, latéralisées à droite, sans métrorragies ni signes urinaires ni digestifs associés. L'examen a objectivé une légère sensibilité latéralisée à droite avec perception d'une masse latéro-utérine droite faisant environ 10cm, bien limitée et indépendante de l'utérus. Ayant bénéficié d'une minilaparotomie avec à l'exploration : présence d'un kyste ovarien droit de 8cm avec deux tours de spires lâches sur l'annexe. On a procédé à une détorsion avec rupture accidentelle et issu du liquide hématique aspiré et adressé à l'examen anatomopathologique avec cytologie. La patiente a été mise sous capitonnage de la cavité résiduelle (FIGURE 4). Mise sous progestatif avec bonne évolution.

Discussion:-

La torsion d'annexe est une entité assez rare qui ne survient au cours de la grossesse que dans 17 à 19,8% des cas [2]. Elle peut survenir durant la mobilité de l'annexe les trois trimestres, bien que l'augmentation de la taille de l'utérus au 2^e-3^e trimestres réduit la mobilité de l'annexe [5]. Habituellement, la torsion se produit sur un ovaire pathologique. Soit la masse annexielle préexiste à la grossesse, soit elle apparaît et se développe au cours de celle-ci. Dans le premier cas de figure, il s'agit le plus souvent d'une masse ovarienne de nature organique tandis que dans le second, le caractère fonctionnel est d'autant évident que l'apparition de la masse est favorisée par la stimulation ovarienne dans le cadre de la procréation médicalement assistée et qu'elle disparaît spontanément avant la 16^e semaine d'aménorrhée [2, 5]. Chez notre 3^e gestante, dont la grossesse était spontanée, il s'agissait d'une masse apparue au cours de la grossesse et la torsion s'est produite au cours du premier trimestre en conformité avec la littérature.

Cliniquement, la symptomatologie correspondait à la forme type décrite dans la littérature [2]. Ceci explique, du moins en partie, que le diagnostic clinique correct ait été posé d'emblée alors que la littérature rapporte une exactitude diagnostique à la clinique seulement 57,8% des cas [2, 7]. Les principaux diagnostics différentiels devant cette douleur pelvienne intense unilatérale de survenue brutale sans fièvre, sans saignement per vaginal ou intra-péritonéal, sans signes d'occlusion intestinale en présence d'une masse annexielle homolatérale au premier trimestre de grossesse sont la torsion d'un myome utérin pédiculé, la colique néphrétique sur lithiase de la jonction utéro-vésicale ou par compression extrinsèque du bas uretère [8, 9]. Ces diagnostics peuvent être éliminés par échographie pelvienne faite aux urgences permettant de préciser la nature kystique de la masse et d'exclure la dilatation des voies excrétrices [2].

La prise en charge chirurgicale des masses ovariennes ne se conçoit que dans deux situations : 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 [9, 10]. La voie d'abord initiale est coelioscopique que la chirurgie soit urgente ou programmée permettant assez souvent de réaliser le geste opératoire en laissant possible la conversion en laparotomie [2, 9]. Or, le gold standard est la coelioscopie jusqu'à 17 semaines d'aménorrhée, le taux de laparo-conversion est d'environ 11% dans la littérature [2, 9, 10]. Dans nos cas, les trois gestantes ont bénéficiés d'une laparotomie devant du fait des difficultés d'exposition à cause des adhérences ou de la taille du kyste.

Comme dans la plupart des kystes ovariens rencontrés au premier trimestre de la grossesse, l'activité sécrétoire intense du corps jaune en traine une augmentation de son volume et de sa vascularisation en quantité et en qualité. Ceci explique l'apoplexie ovarienne [9, 10]. La survenue de fausse couche malgré une tocolyse parentérale bien conduite rappelle le rôle primordial du corps jaune au premier trimestre [2, 10, 11, 12]. Quoique les suites post opératoires étaient marquées par l'évolution normale des trois grossesses menées à terme après tocolyse.

Conclusion:-

La découverte fortuite de kystes ovariens en cours de grossesse est fréquente, ceux mis en évidence au premier trimestre sont le plus souvent fonctionnels et disparaissent spontanément sans complication. L'échographie demeure l'examen diagnostique clé. Le diagnostic d'une torsion d'annexe reste difficile, en particulier lors de la grossesse et encore plus en présence d'une annexe saine. En effet, 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 le plus 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 en littérature.

Conflits d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits avec cet article.

Annexes:-



Figure 1:- L'échographie T1 objectivant la présence d'un kyste ovarien contenant de cloisons intrakystiques au dépend de l'ovaire droit faisant 6cm sur 4cm.



Figure2:- pièce de kystectomie idéale.



Figure 3:- une échographie objectivant un kyste ovarien droit anéchogène, à paroi fine sans cloison ni végétation faisant 4cm avec absence du flux ovarien au doppler couleur.



Figure 4:- ovaire droit avec cavité résiduelle après rupture d'un kyste ovarien et issue de liquide jaune citrin.

Bibliographie:-

1. George M Graham: adnexal masses in pregnancy: diagnosis and management: donald school journal in obstetrics and gynecology 2007 ; p 66-74.
2. J Hortence et autres: torsion d'annexe en cours de grossesse: à propos d'un cas à l'hôpital central de Yaoundé, Cameroun, pan african medical journal 2014.
3. Maternal ovarian torsion in pregnancy Shuenn-Dhy Chang et autres: surgical intervention for, taiwanese journal of obstetrics & gynecology 2011 ; 458-462.
4. PH Merviel et autres: diagnostic et traitement de la torsion d'annexe au cours de la grossesse. Extrait des mises à jour en gynécologie médicale, volume 2006; 281-289.
5. JL Benifla: prise en charge des masses annexielles en cours de la grossesse JTA.
6. A Guennoun et autres : torsion d'annexe saine et grossesse : à propos d'un cas ; pan african medical journal 2017;
7. S Bouguizane et autres: les torsions des annexes de l'utérus, aspects cliniques et thérapeutiques : à propos d'une série de 135 cas, j gynocol obstet biol reprod 2003 ; 535-540.
8. S Ayachi et autres : torsion d'annexe au second trimestre de la grossesse, à propos de deux cas : pan african medical journal 2016.
9. A M Hakoum et autres : adnexal masses in pregnancy : an updated review ; Avicenna journal of medicine 2017, volume 7, Issue 4.
10. K Cohen- Herriou et autres: prise en charge des kystes de l'ovaire pendant la grossesse: experience lilloise et revue de littérature; gynécologie obstetrique & fertilité 41 (2013) ; 67-72.
11. Y Lengelet et autres : traitement coelioscopique des kystes de l'ovaire au cours de la grossesse : gynécologie obstétrique & fertilité 36 (2006) ; 101-106.
12. H-Chun Tsai et autres : acute abdomen in early pregnancy due to ovarian torsion following successful in vitro fertilization treatment ; Taiwanese journal of obstetrics & gynecology 54 (2015); 438-441.