

Torsion d'annexe chez une adolescente : A propos d'un cas

Dr HEDLI-DR TLIJANE- PR BENDAOU- PR KACI

Service de Gynécologie Obstétrique EPH KOUBA, Alger.

Introduction

La torsion d'annexe représente une urgence gynécologique rare mais sérieuse, avec une prévalence estimée entre 2,5 % et 7,4 % chez les femmes consultant pour douleur pelvienne aiguë. Elle survient principalement chez les femmes en âge de procréer, et concerne l'ovaire isolément dans 30 à 80 % des cas, sans lésion organique sous-jacente. En revanche, lorsqu'une masse annexielle est présente, notamment d'origine bénigne, le risque de torsion augmente significativement. La rapidité de la prise en charge conditionne le pronostic fonctionnel ovarien.

Observation :

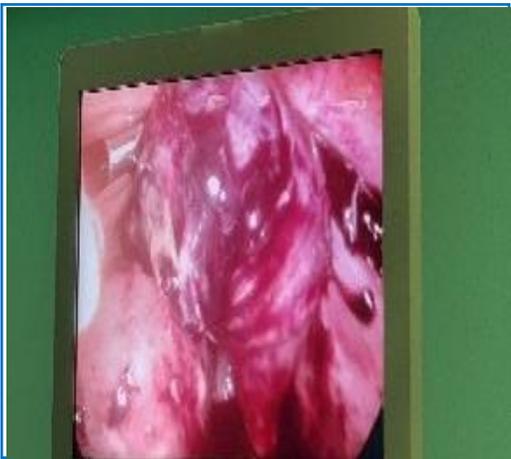
Il s'agit d'une patiente de 17 ans, sans antécédents médicaux particuliers, ayant consulté pour des douleurs pelviennes évoluant depuis 2 jours. Les douleurs, brutales, localisées à la fosse iliaque gauche avec irradiation lombaire, étaient associées à des vomissements alimentaires.

L'examen clinique a retrouvé une patiente consciente, apyrétique, un abdomen souple, une défense et une douleur à la palpation de la fosse iliaque gauche.

Le bilan biologique était normal. L'échographie sus-pubienne a montré une masse latéro-utérine gauche de 100 x 80 mm, hypoéchogène, uniloculaire, à paroi fine, sans cloisons ni végétations avec un épanchement péritonéal de petite abondance dans le cul de sac de douglas, sans cloisons ni végétations avec un épanchement péritonéal de petite abondance dans le cul de sac de douglas évoquant un kyste ovarien simple.

La vascularisation ovarienne était conservée au Doppler avec présence de deux tours de spires .

Le diagnostic retenu était celui d'une torsion ovarienne sur kyste ovarien simple en torsion.



Discussion

La torsion annexielle est une urgence gynécologique difficile à diagnostiquer, ce qui justifie le maintien constant d'un haut niveau de suspicion clinique. Elle correspond à une rotation partielle ou complète de l'annexe utérine autour de son pédicule vasculaire. Cette torsion peut concerner l'ovaire, la trompe de Fallope, ou les deux simultanément. Toutefois, la torsion isolée de la trompe reste rare, tous âges confondus. Le mécanisme physiopathologique débute par une perturbation du retour veineux, suivie d'une atteinte artérielle, entraînant une congestion, un œdème, une ischémie, puis une nécrose progressive de l'annexe concernée. À ce jour, la durée minimale d'ischémie conduisant à une nécrose reste mal définie.

La torsion survient généralement sur un ovaire atteint d'une pathologie : qu'il s'agisse d'une tumeur maligne ou bénigne, d'un kyste du corps jaune, d'un syndrome d'hyperstimulation ovarienne ou au début de la grossesse. Les symptômes se caractérisent par une douleur pelvienne latérale soudaine et intermittente, accompagnée de troubles digestifs. L'échographie constitue l'examen de choix pour éliminer les diagnostics différentiels, identifier les facteurs favorisant la torsion et détecter les signes indirects d'ischémie.

L'IRM révèle des ovaires volumineux, un œdème ovarien, une répartition périphérique des follicules, des tours de spire de torsion, un épaississement tubaire, et un hématosalpinx. À un stade avancé, des images d'infarctus hémorragique peuvent être observées. La coelioscopie est le traitement privilégié, permettant la simple détorsion associée à une kystectomie (sans indication systématique d'annexectomie, même en cas d'absence de recoloration : la fonction endocrine peut être récupérée après 6 semaines).

La patiente a été hospitalisée et a bénéficié d'une coelioscopie diagnostique et opératoire. L'exploration a révélé une ascite modérée, un kyste ovarien gauche de 10 cm, à paroi épaissie, non vascularisée, en torsion avec la trompe gauche noirâtre et boudinée. Une détorsion de l'annexe gauche (3 tours de spire) ainsi qu'une kystectomie ovarienne ont été réalisées. Une recoloration progressive de la trompe a été observée en fin d'intervention.

L'examen anatomo pathologique est revenue en faveur d'un kyste séreux remanié par l'hémorragie.

Conclusion :

La torsion d'annexe constitue une urgence à la fois diagnostique et thérapeutique. Son identification préopératoire reste difficile en raison de signes peu spécifiques. Une exploration chirurgicale rapide en cas de forte suspicion, afin de préserver la fonction ovarienne.

References

Oelsner G, Cohen SB, Soriano D, et al. Minimal surgery for the twisted ischaemic adnexa can preserve ovarian function. Hum Reprod Oxf Engl. 2003;18(12):2599–602. [PubMed] [Google Scholar]

Dolgin SE, Lublin M, Shlasko E. Maximizing ovarian salvage when treating idiopathic adnexal torsion. J Pediatr Surg. 2000;35(4):624–6. [PubMed] [Google Scholar]

Pansky M, Smorgick N, Herman A, et al. Torsion of normal adnexa in post-menarchal women and risk of recurrence. Obstet Gynecol. 2007;109(2 Pt 1):355–9. [PubMed] [Google Scholar]