

Case report



Torsion d'un kyste ovarien en cours de grossesse: à propos d'un cas clinique observé en milieu à ressources limitées

Jules Ngwe Thaba Moyambe, Emmanuel Ruboneka Macumu, Hermann Tamubango Kitoko, Yves Isango Idi, Chamy Cham Lubamba, Joseph Chola Mwansa, Albert Mwembo Tambwe A Nkoy, Prosper Kalenga Muenze Kayamba

Corresponding author: Jules Ngwe Thaba Moyambe, Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires de Lubumbashi, Faculté de Médecine de Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo. drjulesngwe@gmail.com

Received: 13 Jul 2020 - **Accepted:** 24 Jul 2020 - **Published:** 08 Sep 2020

Keywords: Torsion, ovaire, grossesse, Lubumbashi, RDC

Copyright: Jules Ngwe Thaba Moyambe et al. PAMJ Clinical Medicine (ISSN: 2707-2797). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Cite this article: Jules Ngwe Thaba Moyambe et al. Torsion d'un kyste ovarien en cours de grossesse: à propos d'un cas clinique observé en milieu à ressources limitées. PAMJ Clinical Medicine. 2020;4(13). 10.11604/pamj-cm.2020.4.13.24972

Available online at: <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com//content/article/4/13/full>

Torsion d'un kyste ovarien en cours de grossesse: à propos d'un cas clinique observé en milieu à ressources limitées

Twisting an ovarian cyst during pregnancy: about a clinical case observed in a resource-limited setting

Jules Ngwe Thaba Moyambe^{1,&}, Emmanuel Ruboneka Macumu¹, Hermann Tamubango Kitoko², Yves Isango Idi¹, Chamy Cham Lubamba¹, Joseph

Chola Mwansa¹, Albert Mwembo Tambwe A Nkoy¹, Prosper Kalenga Muenze Kayamba¹

¹Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires de Lubumbashi, Faculté de Médecine de l'Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo, ²Département Santé Mère Enfant, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Likasi, Likasi, République Démocratique du Congo

&Auteur correspondant

Jules Ngwe Thaba Moyambe, Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires de Lubumbashi, Faculté de Médecine de l'Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo

Résumé

La torsion de l'ovaire est une complication grave et constitue une urgence chirurgicale. Nous rapportons le cas d'une patiente qui a développé une torsion de l'ovaire en cours de grossesse. L'objectif est de montrer les difficultés de diagnostic et de prise en charge précoce en milieu à faibles ressources. Le diagnostic erroné de départ et le transfert tardif de la patiente a conduit à une ovariectomie. La tocolyse préventive post-opératoire aux progestatifs et antiprostaglandines a permis de maintenir la grossesse.

English abstract

Torsion of the ovary is a serious complication and constitutes a surgical emergency. We report the case of a patient who developed torsion of the ovary during pregnancy. The aim is to show the difficulties of diagnosis and early management in a resource-poor environment. The false initial diagnosis and the late transfer of the patient led to an oophorectomy. Pre-operative preventive tocolysis with progestins and antiprostaglandins made it possible to maintain the pregnancy until term.

Key words: Torsion, ovary, pregnancy, Lubumbashi, DRC

Introduction

La torsion d'annexe durant la grossesse est une urgence rare. Son incidence varie de 3 à 5 pour 10000 grossesses secondaire à la rotation totale ou partielle de l'ovaire autour de son axe vasculaire [1,2]. Elle peut être favorisée par

l'existence d'une masse annexielle ou une hyperstimulation ovarienne qui occasionne parfois la formation des kystes ovariens [3]. C'est une urgence chirurgicale, dont le diagnostic clinique reste difficile devant la non spécificité du tableau clinique [4,5]. La littérature rapporte une exactitude de diagnostic clinique dans seulement 57,8% des cas [6]. La torsion d'ovaire en cours de grossesse survient majoritairement aux cours des deux premiers trimestres de la grossesse (70 à 90% des cas) [7,8]; mais elle peut survenir parfois durant le troisième trimestre de la grossesse, bien que l'augmentation de taille de l'utérus au 3e trimestre réduise la mobilité de l'ovaire. Le traitement conservateur en cas de torsion d'ovaire se discute en dehors de l'urgence; cependant la survenue des complications aiguës telles que la torsion de l'ovaire, impose la réalisation d'actes chirurgicaux plus ou moins invasifs [9]. Certains auteurs plaident en faveur de la préservation de l'ovaire malgré son apparence nécrotique car sa fonction serait préservée dans 88 à 100% des cas [10]; 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 pays pauvres en ressources [11]. Nous rapportons ici le cas d'une torsion d'un kyste ovarien chez une gestante porteuse d'une grossesse de 11 semaines d'aménorrhée à Lubumbashi en RDC.

Patient et observation

Il nous a été référé en urgence par un centre de santé de la place, Madame K.M. présentant une douleur abdominale intense pour une meilleure prise en charge. Elle est âgée de 34 ans, mariée, pare 6, geste 10, avec antécédent de 3 avortements spontanés et est porteuse d'une grossesse de 11 semaines d'aménorrhée. Elle a subi une appendicectomie à l'âge de quatorze ans et n'a aucun antécédent médical notable. La douleur était aiguë et permanente. Dans l'histoire, la note de transfert révèle qu'elle avait consulté un centre de santé de la ville il y a 7 jours pour douleur abdominale intense permanente sans position

antalgique sur retard des règles. Certains examens paracliniques ont été réalisés notamment le laboratoire (GE négative, Hb = 13 g %, ECU: RAS) et une échographie dont voici le protocole: utérus gravide en son sein un sac gestationnel contenant un seul embryon actif avec activité cardiaque présente; CRL 30 mm pour 10 semaines d'aménorrhée; en conclusion, grossesse intra-utérine évolutive d'environ 10 semaines d'aménorrhée. Elle a été prise en charge comme faisant une menace de fausse couche et a été traitée aux progestatifs et antalgiques pendant 1 semaine et cela sans succès. D'où le motif de son transfert pour une meilleure prise en charge.

A notre examen physique, la patiente était consciente, lucide, en bon état général, mais avec un faciès souffrant. Il n'y a pas de notion de troubles de transit digestif, ni de troubles mictionnels. La patiente pesait 72 Kg. Elle était apyrétique et hémodynamiquement stable. Ses conjonctives palpébrales étaient bien colorées, la muqueuse buccale était rose, la langue propre et humide. L'auscultation du cœur et des poumons était sans particularité. L'abdomen était de volume normal mais sensible à la palpation profonde et le péristaltisme était présent. L'examen au speculum avait montré un col sain de multipare avec une muqueuse violacée sans saignement per vaginal et la muqueuse vaginale était également saine et violacée. Le toucher vaginal bimanuel avait noté un col long, postérieur et fermé ; le Douglas était non bombé et non sensible; l'utérus et les annexes étaient difficiles à apprécier du fait de la très forte sensibilité abdominale. L'examen des membres était normal. Devant ce tableau clinique dominé essentiellement par une douleur abdominale aiguë chez une gestante appendicectomisée, apyrétique, hémodynamiquement stable, sans saignement per vaginal, Douglas non bombé, sans signes d'occlusion intestinale, les hypothèses diagnostiques suivantes ont été retenues: torsion d'un kyste ovarien, torsion d'un myome sous séreux pédiculé, nécrobiose aseptique d'un myome utérin, grossesse extra-utérine tubaire non rompue, une colique néphrétique probable sur lithiase urinaire ou une torsion d'annexe saine sur grossesse qui est

extrêmement rare d'ailleurs. Vu l'urgence nous avons réalisé immédiatement une échographie non couplée au Doppler de l'abdomen, dont voici le protocole: utérus gravide avec en sein un sac gestationnel contenant un embryon actif; BCF présents; CRL 45 mm pour un âge gestationnel de 11 semaines d'aménorrhée et 1 jour; ébauche placentaire en postérieure; liquide amniotique en quantité suffisante; présence d'une grosse masse kystique de plus ou moins 125X140 mm surplombant l'utérus vers la droite; reins normaux; abdomen supérieur: RAS; Conclusion: grossesse intra-utérine mono-embryonnaire évolutive d'environ 11 semaines d'aménorrhée et 1 jour, associée à un gros kyste ovarien droit.

Au vu de ce résultat de l'échographie, nous avons suspecté une torsion probable du kyste ovarien et avons indiqué une laparotomie exploratrice en urgence. Le bilan préopératoire réalisé était normal (hémogramme, groupage sanguin ABO et Rhésus, bilan d'hémostase). Le constat peropératoire était le suivant: gros ovaire droit kystique tordu, noir, d'aspect nécrotique; un utérus globuleux augmenté de volume; l'annexe gauche d'aspect normal; le reste du pelvis sans particularité. Le geste chirurgical avait consisté d'abord en une détorsion de l'ovaire, qui a été ensuite enveloppé par une compresse abdominale imbibée du sérum physiologique tiède pendant 20 minutes. Au bout de ce temps d'observation l'ovaire n'a montré aucun signe de vitalité (Figure 1). Nous avons alors procédé à une annexectomie droite. Pour éviter une fausse couche, une tocolyse préventive postopératoire avait été instaurée: - Utrogestan comprimé de 200 microgrammes à raison de 2X1c/jour In-vagina pendant 3 semaines et Indocid suppositoire à raison de 2x1 suppo/jour pendant 7 jours. Nous avons associé à cette tocolyse un traitement anxiolytique: 10 mg de Diazepam, une fois/jour IM pendant les 3 premiers jours postopératoires. Les suites postopératoires étaient bonnes et la grossesse avait évolué normalement. La gestante avait accouché eutociquement à 39 semaines d'aménorrhée d'un nouveau-né de sexe masculin ayant pesé 3600 grammes.

Discussion

Les résultats cliniques survenant lors de la torsion de l'ovaire varient selon le mode d'installation de la rotation. En cas de torsion progressive, le drainage lymphatique est compromis en premier, ce qui conduit à l'augmentation de la taille ovarienne en raison de l'œdème lymphatique [12]. Il est suivi par l'obstruction veineuse et l'infarctus hémorragique [12]. L'étape finale est l'interruption de l'apport sanguin artériel qui peut entraîner la gangrène [13]. La torsion d'un kyste ovarien en cours de grossesse est assez rare et ne survient que dans 17% à 19,8 % des cas environ [6]. Dans ce cas, 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 de masse ovarienne de nature organique tandis que dans le second cas, il s'agit souvent de kyste fonctionnel [14]. Chez notre gestante il s'agissait d'une masse kystique fonctionnelle et la torsion s'est produite au cours du premier trimestre de la grossesse (à 11 semaines d'aménorrhée) en conformité avec les données de la littérature [7,8]. Le diagnostic clinique d'une torsion de l'ovaire est difficile à établir. Sa difficulté est liée à plusieurs facteurs; le tableau clinique et le résultat de l'examen sont similaires à plusieurs autres pathologies. Ainsi aucun signe clinique n'est spécifique [15]. La douleur abdominale est le symptôme omniprésent dans tous les cas de torsion de l'ovaire [4]; c'est le mode de révélation de la torsion de l'ovaire. La survenue de cette douleur est souvent brutale et localisée [16]. Mais elle peut avoir des caractéristiques extrêmement différentes [4,15]. En effet la douleur peut survenir de façon intermittente avant la torsion, ce qui correspond à des phénomènes de torsion détorsion de l'ovaire [4,15,16]. Le tableau clinique présenté par notre patiente était dominé essentiellement par une douleur abdominale aiguë qui, malheureusement au niveau du centre de santé a été prise en charge comme une menace de fausse couche pendant 7 jours parce que l'échographie réalisée dans ce centre n'a pas mis en évidence la présence d'une masse kystique para-utérine. Cette

erreur de diagnostic est le fait de manque de ressources en matériels et en personnels soignants bien formés dans nos centres de santé. D'où la prise en charge est souvent inadéquate et les transferts sont tardifs.

En cas de torsion de kyste d'ovaire la sensibilité abdominale est le signe le plus retrouvé à l'examen clinique [15]. A l'examen physique, notre patiente avait un abdomen de volume normal mais qui était très sensible à la palpation profonde. La torsion de l'ovaire est une complication fréquente des kystes ovariens [15]. Les kystes ovariens les plus fréquemment décrits sont: le kyste folliculaire ou hémorragique, le tératome et le cystadénome [15]. Il faut savoir qu'il s'agit toujours majoritairement (environ 50%) de torsions mécaniques sur de volumineux kystes fonctionnels. Le risque de torsion de l'ovaire est corrélé à la taille du kyste [15,17]. Certains auteurs suggèrent que le risque est plus élevé si le kyste est supérieur à 5 cm [15,17]. Notre patiente avait un kyste ovarien fonctionnel dont la taille était supérieure à 10 cm. La torsion de l'ovaire chez notre patiente était du côté droit. La torsion de l'ovaire survient le plus souvent du côté droit que du côté gauche. Cette fréquence relativement élevée de torsion d'ovaire du côté droit pourrait s'expliquer par la diminution de la mobilité de l'annexe gauche, en raison de son adhésion partielle au mésosigmoïde, l'hypermobilité du caecum et de l'iléon terminal à droite. Elle pourrait aussi s'expliquer par un ligament utéro-ovarien droit physiologiquement plus long que celui du côté gauche [16].

Quel que soit le mode de présentation des symptômes et les moyens utilisés pour y parvenir, le diagnostic de certitude de la torsion d'ovaire reste peropératoire; l'intervention chirurgicale est donc dans un premier temps diagnostic, puis thérapeutique. Le traitement classique de la torsion de l'ovaire ischémique d'aspect nécrotique ne récupérant pas après détorsion était un traitement radical qui consistait en une ovariectomie ou une annexectomie c'est-à-dire l'ablation de l'ovaire et/ou de la trompe, après ouverture du ligament large, ligature et section du ligament

lombo-ovarien, utéro-ovarien et l'artère ovarienne, et enfin le contrôle de l'hémostase. Cette approche thérapeutique était largement adoptée en se basant sur plusieurs arguments: le risque thromboembolique couru lors de la détorsion d'une annexe ischémisée en rapport avec la thrombose de la veine ovarienne [15,18]; la croyance en l'absence de bénéfice à conserver un ovaire apparemment non viable [15,18]. La tendance actuelle est le traitement conservateur c'est-à-dire de laisser en place après détorsion de l'ovaire même ischémisé après son imbibition au sérum physiologique tiède. Cette attitude est soutenue par plusieurs arguments: la grande capacité de récupération fonctionnelle du tissu ovarien justifie d'être conservateur même devant un ovaire de vitalité douteuse [9,11]; la crainte de provoquer une embolie pulmonaire par détorsion simple n'est que théorique.

Un seul cas a été décrit dans la littérature [19]; il existe une abondante littérature récente conseillant le traitement conservateur de l'ovaire nécrosé, en dépit de sa coloration bleuâtre et des hématomes profonds [15], car il n'y a pas de corrélation entre l'aspect macroscopique de l'ovaire et le degré d'ischémie. Cela peut être expliqué par le fait que l'obstruction artérielle complète se fait généralement plus tard que la stase veineuse et lymphatique, ces derniers responsables de l'infarctissement de l'annexe [20]. Ces études ont montré un taux élevé de préservation de la fonction ovarienne allant de 88 à 100% des cas, en dépit de l'aspect nécrotique de l'ovaire même après 72 heures de torsion [20]. Bien que certains auteurs plaident en faveur de la préservation de l'ovaire malgré son apparence nécrotique, une chirurgie conservatrice ne se conçoit que dans les cas vus et traités précocement ce qui est très rarement le cas dans les pays pauvres en ressources [11]. Pour le cas que nous présentons, la chirurgie n'a été faite que 7 jours après le début des symptômes de la torsion parce que le transfert a été effectué tardivement à cause du diagnostic qui a été mal posé au départ. Malgré la grande capacité de récupération fonctionnelle du tissu ovarien la chance de la préservation de la

fonction ovarienne pour un ovaire tordu nécrotique depuis 1 semaine est quasi nulle. C'est pourquoi nous avons pratiqué une annexectomie; la patiente et ses proches avaient au préalable été informés de cette possibilité et du risque de fausse couche encouru. Pour prévenir cette complication, une tocolyse préventive postopératoire aux progestatifs et antiprostaglandines a été instaurée.

Conclusion

L'issue favorable de cette grossesse après ablation chirurgicale de son corps jaune tordu au premier trimestre souligne l'importance d'une tocolyse préventive aux progestatifs et aux antiprostaglandines administrés à des doses adéquates après un traitement chirurgical soit-il radical ou conservateur jusqu'au moment où l'on soit sûr que le placenta a pris le relais de la production de la progestérone.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la rédaction de ce travail. Les auteurs déclarent avoir lu et approuvé la version finale de ce travail.

Figure

Figure 1: aspect peropératoire de l'annexe 20 minutes après la détorsion

Références

1. Zanetta G, Mariani E, Lissoni A, Ceruti P, Trio D, Strobelt N *et al.* A prospective study of the role of ultrasound in the management of adnexal masses in pregnancy. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2003;110(6): 578-583. **PubMed** | **Google Scholar**

2. Kumari I, Kaur S, Mohan H, Huria A. Adnexal masses in pregnancy: a 5-year review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2006;46(1): 52-54. **PubMed** | **Google Scholar**
3. Rackow BW, Patrizio P. Successful pregnancy complicated by early and late adnexal torsion after in vitro fertilization. *Fertil Steril.* 2007;87(3): 697-e9. **PubMed** | **Google Scholar**
4. Kao J-K, Chiu C-C, Wang P-Y, Yu M-K. Pediatric ovarian torsion in a medical center in Taiwan: case analysis. *Pediatr Neonatol.* 2012;53(1): 55-59. **PubMed** | **Google Scholar**
5. Kitporntheranunt M, Wong J, Siow A. Entangled bilateral adnexal torsion in a premenarchal girl: a laparoscopic approach. *Singapore Med J.* 2011;52(6): e124-e127. **PubMed** | **Google Scholar**
6. Bouguizane S, Bibi H, Farhat Y, Dhifallah S, Darraji F, Hidar S *et al.* Adnexal torsion: a report of 135 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2003;32(6): 535. **PubMed** | **Google Scholar**
7. 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.* 2011;50(4): 458-462. **PubMed** | **Google Scholar**
8. Erdemoglu M, Kuyumcuoglu U, Kale A. Pregnancy and adnexal torsion: analysis of 20 cases. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2010;37(3): 224-5. **PubMed** | **Google Scholar**
9. 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(5): 1098-1103. **PubMed** | **Google Scholar**
10. Oelsner G, Shashar D. Adnexal torsion. *Clin Obstet Gynecol.* 2006;49(3): 459-463. **PubMed** | **Google Scholar**
11. Toure B, Dao B, Sano D, Akotionganga M, Lankoande J, Kone B. Adnexal torsion during pregnancy. Diagnostic and therapeutic problems in Burkina Faso. *Rev Med Brux.* 1997;18(6): 379. **PubMed** | **Google Scholar**
12. Vijayaraghavan SB. Sonographic whirlpool sign in ovarian torsion. *J Ultrasound Med.* 2004;23(12): 1643-1649. **PubMed** | **Google Scholar**
13. Tsai T-C, Wong LY, Wu H-P. Ovarian torsion caused by teratoma masquerading as perforated appendicitis in a 5-year-old girl. *Pediatr Neonatol.* 2011;52(1): 51-54. **PubMed** | **Google Scholar**
14. Schwartz N, Timor-tritsch IE, Wang E. Adnexal masses in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2009;52(4): 570-585. **PubMed** | **Google Scholar**
15. Cass DL. Ovarian torsion. *Semin Pediatr Surg.* 2005 May;14(2): 86-92. **PubMed** | **Google Scholar**
16. Rousseau V, Massicot R, Darwish AA, Sauvat F, Emond S, Thibaud E *et al.* Emergency management and conservative surgery of ovarian torsion in children: a report of 40 cases. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2008;21(4): 201-206. **PubMed** | **Google Scholar**
17. Grapin-Dagorno C, Chabaud M. Kystes et tumeurs de l'ovaire avant la puberté: aspects chirurgicaux. *Arch Pédiatrie.* 2008;15(5): 786-788. **PubMed** | **Google Scholar**
18. Crouch NS, Gyampoh B, Cutner AS, Creighton SM. Ovarian torsion: to pex or not to pex? Case report and review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2003;16(6): 381-384. **PubMed** | **Google Scholar**
19. Guthrie BD, Adler MD, Powell EC. Incidence and trends of pediatric ovarian torsion hospitalizations in the United States, 2000-2006. *Pediatrics.* 2010;125(3): 532-538. **PubMed** | **Google Scholar**
20. Cohen SB, Wattiez A, Seidman DS, Goldenberg M, Admon D, Mashiach S *et al.* Laparoscopy versus laparotomy for detorsion and sparing of twisted ischemic adnexa. *JLS.* 2003;7(4): 295. **PubMed** | **Google Scholar**



Figure 1: aspect peropératoire de l'annexe 20 minutes après la détorsion