

Case report

Kyste paratubaire tordu: à propos d'un cas rare de diagnostique difficile

Saad Benkirane^{1, &}, Fatimazohra Fdili Alaoui¹, Hekmat Chaara¹, Hakima Bougern¹, Moulay Abdelilah Melhouf¹

¹Service de Gynécologie Obstétrique, CHU Hassan II, Fès, Maroc

[&]Corresponding author: Saad Benkirane, Service de Gynécologie Obstétrique, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Key words: Kysteparatubaire, torsion d'annexe, salpingectomie

Received: 25/09/2013 - Accepted: 01/04/2014 - Published: 10/09/2014

Abstract

Les kystes para tubaires sont des lésions fréquentes, et peuvent être responsables de complications à type de torsion d'annexe qui est rarissime et difficile à diagnostiquer. Cette pathologie est souvent confondue à une torsion ovarienne, la prise en charge dans les deux cas nécessite une intervention chirurgicale en urgence afin de tenter de conserver l'annexe. Nous rapportons un cas rare d'une jeune patiente opérée d'un kyste para tubaire bénin tordue de diagnostic difficile.

Pan African Medical Journal. 2014; 19:25 doi:10.11604/pamj.2014.19.25.3417

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/19/25/full/>

© Saad Benkirane et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

Les kystes para tubaires sont des lésions fréquentes, dont la taille est le plus souvent modérée (< 6 cm) [1]. La majorité de ces formations sont bénignes mais plusieurs cas de dégénérescence sous forme d'adénocarcinomes [2] ont été décrits. Elles peuvent être responsables de complications rarissimes à type de torsion d'annexe qui est très difficile à diagnostiquer, d'hémorragie ou de rupture. Nous rapportons un cas rare d'une jeune patiente opérée d'un kyste para tubaire bénin tordue de diagnostique difficile

Patient et observation

Mlle L.S âgée de 17 ans célibataire consulte pour des douleurs de la fosse iliaque droite aigue depuis 8H. Elle n'a aucun antécédent médical ou chirurgical notable, ses cycles sont réguliers et elle n'a jamais été sous traitement hormonal. Sa symptomatologie a débuté 18 H avant son admission par l'installation de douleur aigüe intense de la FID paroxystique et à type de torsion avec un seul épisode de vomissement, évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. L'examen trouve une patiente stable sur le plan hémodynamique, apyrétique avec sensibilité au niveau de la fosse iliaque droite le toucher vaginal n'a pas été réalisé (patiente vierge), le toucher rectal trouve une masse latéro – utérinedroite très sensible.

L'échographie pelvienne trouve un utérus de taille normale avec ligne d'interface fine, ovaire GH visualisé avec présence d'une image transonore a paroi fine sans végétation ni cloison mesurant 60/52 mm accolée à l'ovaire droit, l'ovaire gauche est sans particularité, et un épanchement de faible abondance (**Figure 1**). La TDM montre un ovaire droit augmenté de taille mesurant 9cm siège d'un kyste simple de 6cm.

La patiente a bénéficié d'une exploration chirurgicale qui a objectivé un kyste para tubaire DT avec trompe DT tordus en 2 tours de spires sans atteinte de l'ovaire Dt , utérus ,ovaire et trompe GH sont sans particularité avec présence d'un épanchement liquidien séreux de faible abondance. (**Figure 2**). Malgré la détorsion immédiate et le réchauffement au sérum salé ,la trompe ne se revascularise pas d'où la décision d'une kystectomieDT avec salpingectomieDt rétrograde. (**Figure 3**). L'examen

anatomopathologique définitif fait état d'un kyste para tubaire, sans signe suspect de malignité avec infarctus de la trompe DT

Discussion

Les kystes para tubaires sont des lésions très fréquentes, constituant environ 10 % des masses annexielles [1]. Ils peuvent trouver leur origine embryologique dans des vestiges wolffienmésonephrotiques, mullériensparamésonephrotiques ou dans des inclusions mésothéliales [2]. L'hydatide de Morgagni est de loin la forme la plus fréquente des kystes d'origine paramésonephrotique .ces kystes se présentent sous forme de kystes de taille variable au contact de l'ovaire [3]. Les kystes para tubaires sont souvent de découvertes fortuites et se compliquent très rarement: un faible pourcentage peut dégénérer en néoplasie (2% dans le travail de STEIN et al). Il a été également rapporté de rares cas dans la littérature de torsion de kystes para tubaires entraînant avec eux une torsion de la trompe comme pour notre patiente et dont le diagnostic précoce de torsion est primordial pour pouvoir sauver la trompe concernée sachant que les lésions ischémiques sont irréversibles après un délai de 36 à 48H [4] ,alors quand faut il y penser? La torsion d'un kyste para tubaire peut se manifester par des douleurs brutales de la fosse iliaque continues ou d'aggravation rapide, le toucher pelvien trouve une douleur latéralisée.

Le signe de WARneck (masse douloureuse et palpable lors de l'examen pelvien) correspondant au pédicule tordu est difficile à identifier surtout par le toucher rectal. Parfois des épisodes similaires mais spontanément résolutifs peuvent survenir dans les semaines précédentes .cette forme aigüe est rare et amène rapidement à l'acte chirurgical, mais la torsion d'un kyste para tubaire se manifeste souvent sous forme subaigüe insidieuse avec une douleur progressive d'intensité initiale faible, s'aggrave lentement ce qui rend le diagnostic plus difficile comme ce qui est le cas pour notre patiente. Cette torsion se traduit en échographie par une formation anéchogène liquidienne pure en règle de taille moyenne (50 mm) au contact de l'ovaire. La palpation abdominale permet dans certain cas de dissocier le kyste de l'ovaire, ce qui permet d'en faire le diagnostic [5]. L'échographie doit systématiquement chercher à identifier les ovaires en dehors de la lésion Mais en pratique, il est bien difficile de distinguer un kyste paratubaire d'un kyste de l'ovaire lui-même à développement extra-ovarien, Le Doppler de la paroi du kyste ne permet pas, non

plus, d'éviter ces faux-négatifs [6]. La trompe droite qui est libre dans le pelvis est préférentiellement atteinte, au contraire de la gauche qui est partiellement adhérente au sigmoïde

Enfin le traitement de la torsion tubaire isolée ne peut être que chirurgical. La coelioscopie est la technique de choix employée par la majorité des équipes. Le traitement va consister, si le diagnostic est précoce, en la détorsion de la trompe, le réchauffement au sérum physiologique et appréciation de la coloration [1]. En cas de non-recoloration, une salpingectomie sera pratiquée. L'attitude à l'égard de l'annexe controlatérale est très controversée, mais la fixation peut être préconisée, bien que la bi latéralisation soit rare [7]

Conclusion

La torsion de kyste para tubaire est rarissime et son diagnostic est très difficile, mais doit être systématiquement évoquer devant une adolescente consultant en urgence pour des douleurs pelviennes, surtout si des épisodes similaires se sont produits récemment. Cette pathologie est souvent confondue avec une torsion ovarienne mais la prise en charge dans les deux cas nécessite une intervention chirurgicale en urgence et de préférence par coelioscopie afin de tenter de conserver l'annexe.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

Benkirane Saad a participé à la prise en charge de la patiente et a rédigé l'article. Fdili Fatim Zahra a contribué à la prise en charge du malade et a participé à la correction de l'article. Chaaara Hikmat, Bouguern Hakima et Melhouf Abdilah ont participé à la prise en charge de la patiente. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit

Figures

Figure 1: image transonore a paroi fine sans végétation ni cloison mesurant 60/52 mm accolé a l'ovaire droit et un épanchement de faible abondance

Figure 2: image peropératoire objectivant un kyste paratubaire tordu avec trompe droite infarctée avec ovaire droit d'aspect normal

Figure 3: pièce opératoire montrant une trompe et un kyste paratubaire infarctée

Références

1. Macarthur M, Mahomed AA. Laparoscopy in the diagnosis and management of a complicated paraovarian cyst. *SurgEndosc.* 2003; 17(10):1676-1677. **PubMed** | **Google Scholar**
2. Kurman Robert J, editor. Blaustein's pathology of the female genital tract, Fifth edition. 2001. New York. Springer. **Google Scholar**
3. Letourneur B, Grandjean S, Richard P, Parant O. Prise en charge d'un kyste paratubaire géant. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité.* 2006; 34(3):239-241. **PubMed** | **Google Scholar**
4. Cuillier F, Sommer JC. Torsion tubaire isolée chez une adolescente de 15 ans. *Archives de Pédiatrie.* 2000; 7(7):748-751. **PubMed** | **Google Scholar**
5. Thomassin-Naggara, N Perrot, C Salem, C Marsault, M Bazot. Pathologie tubaire. 2008. Elsevier Masson. <http://www.em-consulte.com/article/151682/pathologie-tubaire>. Accessed 9th April 2014. **PubMed** | **Google Scholar**
6. Thomas J Barloon, Bruce P Brown, Monser M Abu-Yousef and Niall G Warnock. Paraovarian and paratubal cysts: Preoperative diagnosis using transabdominal and transvaginalsonography. *Journal of Clinical Ultrasound* *J Clin Ultrasound.* March/April 1996; 24(3):117-122. **PubMed** | **Google Scholar**
7. Bouguern H, BouchikhiCh, ChaaaraH, MelhoufM. A, BananiA. Torsion tubaire isolée: à propos de deux observations. *Rev Med Liege.* 2008; 63(2):97-100. **PubMed** | **Google Scholar**



Figure 1: image transverse a paroi fine sans végétation ni cloison mesurant 60/52 mm accolé a l'ovaire droit et un épanchement de faible abondance



Figure 2: image peropératoire objectivant un kyste paratubaire tordu avec trompe droite infarctée avec ovaire droit d'aspect normal



Figure 3: pièce opératoire montrant une trompe et un kyste paratubaire infarcté