

## DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES TORSIONS D'ANNEXE : EXPERIENCE DE LA CLINIQUE GYNECOLOGIQUE DU CHU DE TREICHEVILLE (ABIDJAN / COTE D'IVOIRE)

KOUAKOU F, ANONGBA S, KOUAME A, N'GUESSAN E, ADJOBI R, TOURE COULIBALY K

Service de Gynéco-obstétrique CHU de Treichville BP V 3 Abidjan - Côte d'Ivoire

Correspondance : Dr Firmin KOUAKOU 06 BP 1588 Abidjan 06 - Côte d'Ivoire

e-mail : [kouakof2000@yahoo.fr](mailto:kouakof2000@yahoo.fr)

### RESUME

**Introduction :** La torsion d'annexe se définit par la rotation axiale de plus de 360° de l'annexe féminine. Il s'agit d'une urgence gynécologique rare mais redoutable car responsable de lésions ischémiques tubo-ovariennes souvent irréversibles, d'où la nécessité d'un traitement en urgence à la moindre suspicion diagnostique.

**Matériel et méthodes :** Le diagnostic et le traitement des torsions d'annexe ont été analysés à travers une étude rétrospective de 40 torsions annexielles au centre hospitalier de trechville (service de Gynécologie et d'Obstétrique professeur TOURE-COULIBALY K.) pendant 5 ans (1994-1998). Pendant la même période 1776 urgences gynécologiques ont été traitées chirurgicalement. Ainsi la torsion d'annexe représente 2,25 % des urgences gynécologiques dans notre pratique.

**Critère d'inclusion :** nous avons inclus toutes les patientes présentant à la laparotomie une torsion d'annexe supérieure ou égale à 360° de rotation.

**Critères de non inclusion :** En revanche les patients présentant une torsion annexielle incomplète (inférieur à 360°) ou chez qui le diagnostic de torsion annexielle n'a pas été confirmée, à la laparotomie ont été exclues.

**Résultats :** Quarante (40) patientes ont présenté des torsions annexielles toutes unilatérales. La moyenne d'âge est de 28 ans (extrêmes 14 à 43 ans). La symptomatologie fonctionnelle est dominée par les douleurs abdominopelviennes (100%) et les troubles digestifs (72,5%). L'examen gynécologique retrouve une masse pelvienne dans 90 % des cas. L'échographie à été possible chez 22 patientes et a mis en évidence une masse latéro utérine dans tous les cas. Le traitement radical par annexectomie à été réalisé chez seize (16) patient (40 %). Il a été conservateur dans 60 % des cas (kystectomie, ponction). Un traitement associé a été pratiqué chez (11) patientes (myomectomie). Les suites opératoires ont été simples avec un séjour hospitalier moyen de 6 jours.

**Conclusion :** La torsion d'annexe est une affection dramatique survenant chez des filles et des femmes jeunes, hypothéquant ainsi leur avenir obstétrical par les lésions annexielles qu'elle entraîne. Un diagnostic précoce et un traitement institué sans délai diminue le risque de lésions graves. Le problème est que ces conditions sont rarement réunies dans notre pratique.

**MOTS CLES :** Urgences gynécologiques, torsions d'annexe, abdomen aigu.

### INTRODUCTION

La torsion d'annexe se définit par la rotation axiale de plus 360° de l'annexe féminine. Il s'agit d'une urgence gynécologique rare mais redoutable car responsable de lésions ischémiques tubo-ovariennes souvent irréversibles, d'où la nécessité d'un traitement en urgence à la moindre suspicion diagnostique.

### SUMMARY

**Diagnosis and treatment of torsion of the pedicle : The experience of the gynecology clinic of CHU treichville (Abidjan Côte d'Ivoire)**

**Introduction :** Torsion of pedicle is defined as an axial twisting over more than 360° of the female pedicle. It is a rare but redoubtable gynaecological emergency which results in irreversible ischemic salpingo-oophorian lesions ; hence the necessity for urgent treatment at the slightest diagnostic suspicion.

**Material and method :** The diagnosis and treatment of torsion of pedicle where been revued through the retrospective analysis of 40 cases of torsion of pedicle at the hospital centre of Trechville (service of gynaecology and obstetrics of an professor TOURE-COULIBALY) over period 25 years (1994-1998). During the same period 1776 gynaecological emergencies were treated surgically. So torsion of pedicle accounts for 2.25 % of gynaecological emergencies in our practice.

**Selection criteria :** we have included patients who, at laparotomy, presented a twisting of pedicle of pedicle of at least 360°. On the other hand, we left out all the cases of incomplete

Twisting ( less than 360°) and those in whom the suspicion of torsion of pedicle was not confirmed.

**Resultats :** All 40 patients presented unilateral torsion of pedicle; the average age was 28 years (extremes 14 to 43 years).

The dominant symptoms were, abdomino-pelvic pains (100%), and gastric Discomfort ( 72.50%)

The gynaecological examination revealed a pelvic masse in 90% of the cases, Sound was possible in 22 patients and it revealed a latero-uterin mass, 16 patients (40%) had a radical treatment: salpingo-oophorectomy, 60% of the cases had a conservative treatment (cystectomy, ponction...), 11patients received associated treatment (myomectomy).

In all the patients the outcome was in eventful with a mean hospital stay of 6 days.

**Conclusion :** Torsion of pedicle is a dramatic condition which affects girls and young women, and jeopardizing their obstetrical future by the salpingo-oophorian lesions that it causes.

Early diagnosis and treatment reduce the risk of serious lesions. The problem is that this is not away the case in our practice.

**KEY WORDS :** Gynaecological emergency, torsion of pedicle, acute abdomen.

### MATERIEL ET METHODES

Nous avons revu la littérature, et rétrospectivement 40 torsions annexielles traitées par laparotomie au centre hospitalier de Treichville (service de gynécologie et d'obstétrique professeur TOURE-COULIBALY K.) pendant 5 ans (1994-1998).

Pendant la même période 1776 urgences gynécologiques ont été traitées chirurgicalement.

Ainsi la torsion d'annexe représente 2,25% des urgences gynécologiques dans notre pratique.

#### Critère d'inclusion :

Nous avons inclus toutes les patientes présentant à la laparotomie une torsion d'annexe supérieure ou égale à 306° de rotation.

#### Critère de non-inclusion :

En revanche les patients présentant une torsion annexielle incomplète (inférieure à 360°) ou chez qui le diagnostic de torsion annexielle n'a pas été confirmé, à la laparotomie ont été exclues.

## RESULTATS

### Les patientes

40 patientes ont présenté des torsions annexielles, tout unilatérales.

Moyenne d'âge 28 ans (extrêmes 14 à 43 ans).

Toutes les femmes étaient en période d'activité génitale.

La parité moyenne était de 1,7 (extrêmes 0 à 6 enfants).

L'étude des antécédents a montré que :

5 femmes avaient un antécédent de kystes ovariens,

3 un antécédent de césarienne,

2 un antécédent de salpingectomie,

1 un antécédent d'appendicectomie.

1 femme était porteuse d'une grossesse de 16 semaines.

### Les symptômes

40/40 femmes ont présenté des douleurs abdominopelviennes isolées ou associées : (100%)

29/40 : signe digestifs

vomissements (24 cas),

diarrhées (4 cas),

Météorisme (1 cas)

6/40 : hyperthermies,

1/40 : Dysurie.

Le début de la symptomatologie algique évoque évoluait depuis plus de deux semaines chez plus de la moitié des patientes : 27/40 (67 %).

L'examen gynécologique a objectivé dans 36 cas la présence d'une masse pelvienne.

L'examen échographique pratiqué chez 22 patients a mis en évidence une masse pelvienne latéro utérine d'origine ovarienne.

### Les lésions annexelles

Le diamètre moyen des lésions : 9,2 cm (extrêmes 7 à 21 cm)

Nombre de spire : 1 spire : 9 cas ; 2 spires : 18 cas ; 3 spires : 10 cas ; 4 spires : 1 cas

Non précisé : 2 cas,

Sens de la rotation : horaire : 25 cas ; antihoraire : 12 cas ; non précisé : 3 cas

Annexe sphacélée ou nécrosée : 16 cas

Lésions des ovaires : 24 kystes dont 1 kyste dermoïde,

Lésion des trompes : 16 cas,

Les lésions associées : Fibrome utérin : 10 cas.

Les interventions :

Traitement radical :

- annexectomie : 16 cas

Traitement conservateur :

Kystectomie : 23 cas

Ponction : 1 cas

Traitement associé :

Myomectomie : 11 cas.

Les suites opératoires : simples dans la totalité des cas ; séjour hospitalier moyen de 6 jours (extrême (5-8 jours))

## DISCUSSION

### Le diagnostic préopératoire

Il n'est pas toujours aisé. Au plan clinique, il s'appuie dans sa forme aigue sur la notion de douleur pelvienne ou abdominopelvienne vive d'apparition brutale, isolée ou associée à des signes digestifs à type de vomissements ou de diarrhée.

Dans notre série, la douleur était constante. Elle a été retrouvée dans tous les cas.

Les signes digestifs ont été présents dans 72,5% des cas.

Les formes chroniques étaient relativement moins fréquentes (20 à 40% des cas) (9).

Certaines affections chirurgicales (pyoannexe, grossesse extra utérine,) en imposent pour une torsion annexielle.

Elles indiquent la laparotomie qui rectifie le diagnostic.

D'autres affections, médicales celles là, (salpingites, coliques néphrétiques, gastroentérites) sont sources de retard au diagnostic (13).

La grossesse est un facteur favorisant classique ; nous avons retrouvé une fois cette association dans cette étude.

### Le traitement

1- La voie d'abord

a. La laparotomie

C'est la seule voie d'abord disponible dans nos structures hospitalières généralement sous équipées. Ailleurs la laparotomie garde ses indications :

Les patientes très obsèses ou présentant une contre indication à la coelioscopie doivent être opérées par laparotomie (7). De même les lésions annexielles de taille supérieure à 10 cm doivent bénéficier d'une laparotomie en raison du risque non négligeable de cancer (12).

La présence de lésions associées (fibrome utérin...) impose la laparotomie : 10 cas dans notre série.

b. La coelioscopie

Elle demeure le maître examen dans la torsion d'annexe (5). Elle a un triple intérêt : diagnostique, thérapeutique et pronostique.

### La détorsion

Elle est systématique et est le temps initial. A ciel ouvert, le geste est manuel et sera réalisé après repérage du sens de rotation de l'annexe.

En coelioscopie la détorsion est faite à l'aide d'un palpateur mousse, ou d'une pince atraumatique ; une ponction première peut être nécessaire (12).

La détorsion a représenté 60 % de nos cas, mais constamment associée au traitement étiologique.

### L'évaluation des lésions ischémiques

C'est le deuxième temps opératoire. Il permet de juger du degré de récupération après détorsion.

- Groupe 1 : la coloration de l'annexe devient normale immédiatement après détorsion. Absence d'aspect d'ischémie ; l'ovaire est oedématisé et la trompe congestive.

- Groupe 2 : les lésions ischémiques sont sévères.

La trompe est rouge sombre ou violine ; l'ovaire est noir ou gris bleuté. Une récupération partielle ou totale en 10 minutes est observée.

- Groupe 3 : lésions d'aspect nécrotique : l'annexe est noire, friable, sphacélée, très volumineuse avec des fausses membranes. La détorsion n'entraîne aucune amélioration. La détorsion n'entraîne aucune amélioration. Le traitement radical s'impose. Nous y avons eu recours dans 40 % des cas.

Une fois le diagnostic de gravité posé, le traitement sera fonction de l'étiologie.

**Le traitement étiologique**

En cas de kyste ovarien on réalisera une kystectomie. Nous avons pratiqué une kystectomie après détorsion dans 57 % des cas ; 65 % dans l'étude de ZWEIZIG (15). La ponction des kystes fonctionnels, la détorsion et ponction (11) sont également envisageables : un cas dans notre étude, à propos de l'association torsion et grossesse.

Le traitement radical sera utilisé en post ménopause (13).

L'ovariectomie est justifiée pour les kystes organiques.

Le traitement complémentaire

Une myomectomie (27,5 % de nos cas) voire une hystérectomie seront indiquées en cas de lésions myomateuses de l'utérus chez des patientes préalablement averties.

Un traitement antispasmodiques, tocolytique (Bêta mimétiques) est obligatoire en cas de grossesse. Il est d'une grande utilité dans la prévention de l'avortement et de l'accouchement prématuré (14).

Les résultats

Nous obtenons 60 % de traitement conservateur (24/40).

Ces résultats sont peusatisfaisants comparés à d'autres équipes. BRUHAT obtient 81 % de conservation (2).

L'intégration du coelioscope dans le plateau technique de nos structures hospitalières et un traitement plus précoce des malades sont susceptibles d'améliorer la qualité de la prise en charge de ces patientes souvent jeunes et désireuses de procréer.

**CONCLUSION**

La torsion d'annexe est une affection dramatique survenant chez des filles et des femmes jeunes, hypothéquant ainsi leur avenir obstétrical par les lésions annexielles qu'elle entraîne.

Un diagnostic précoce et un traitement institué sans délai diminuent le risque de lésions graves.

Le problème est que ces conditions sont rarement réunies dans notre pratique.

**REFERENCES**

1. AUDEVERT A - Kystes annexielles : les limites du traitement coelioscopique. A propos d'une série de 1154 kystes. *Références en gynécologie-obstétrique* 1999 ; 6 (4) 347-351
2. BRUHAT MA ; GLOWACZOWER E ; RAIGA J ; WATTIEZ A ; POULY JL ; CANIS M ; MAGE G - Coelioscopie. *Encycl Méd Chir, Gynécologie Paris* 1995 ; 71-A-10, 16 P.
3. BRUHAT MA ; MAGE G ; POULY JL ; MANHES H ; CANIS M ; WATTIEZ A - Coelioscopie opératoire, 1 vol, Medsi Mac Graw hill, New-York 1989.
4. CANIS M. ; MAGE G. POULY JL - Laparoscopic diagnosis of adnexal cystic masses: a 12 years experience with long-term follow-up. *Obstet Gynecol* 1994 ; 83 : 707-12.
5. CHAPRON C ; CAPELLA-ALLOUC S ; DUBUISSON JB - Treatment of adnexal torsion using operative laparoscopy. *Hum reprod* 1996 ; 11 : 998 - 1003.
6. CHILD T. J. ; WATSON N. R ; LEDGER W. L - Sequential bilateral adnexal torsion after a single cycle of gonado tropin ovulation induction with intrauterine insemination. *Fertility and sterility* 1997 ; 67 (3) ; 573-575.
7. GOLDSTEIN SR - Post-menopausal adnexal adnexal cyst : how clinical management has evolved. *Am j Obstet Gynecol* 1996 ; 175 : 1498-501.
8. HELOURY Y. ; DRAPIER E. ; LEUAIR ; GARCIA S. ; PLATTNER V - Place de la coelioscopie en gynécologie pédiatrique. *Annales de pédiatrie-Paris*. 1999 ; 46 (8) 531-536.
9. KONATE P - Torsions d'annexes à propos de 47 cas collisés au CHU de Treichville. *Mémoire n° 150 Faculté de médecine abidjan* 1990.
10. MAGE G ; CANIS M ; MANHES H ; POULY JL ; BRUHAT MA - Laparoscopic management of adnexal torsion. A review of 35 cases. *J Reprod Med* 1989 ; 34 : 520-4.

11. OELSNET G. BIDER D. ; GOLDENVERG M. ; ADMON D. ; MAMSHIACH S - Long-term follow-up of the twisted ischemic adnex managed by detorsion. Fertil-steril 1993, 600 : 1344-6.
12. SALVA J - Cas clinique : torsion de kyste dermoïde. Réal Gynécol Obstét 1997 ; 19 : 29-30.
13. SALVAT - Traitement des torsions d'annexe. Mise à jour en gynécologie obstétrique 1997 tome XXI 117-127.
14. TOURE B ; DAO B ; SANO D ; AKOTIONGA M ; LANKOANDE J ; KONE B - Torsion d'annexe au cours de la grossesse. Revue médicale de bruxelles 1997 ; 18 (6) 379-380.
15. ZWEIZIC S. ; PERRON J ; GRNBB D. ; MISHELL DR JR. Conservative management of adnexal torsion. Am J. Obstet. Gynecol 1993 ; 168 : 1791-