



Journal home page: <http://www.journalijar.com>

INTERNATIONAL JOURNAL
OF INNOVATIVE AND APPLIED RESEARCH

RESEARCH ARTICLE

AN UNCOMMON TWISTED PARATUBAL CYST IN A 15-YEAR-OLD GIRL UNE TORSION INHABITUELLE D'UN KYSTE PARA TUBAIRE CHEZ UNE ADOLESCENTE DE 15ANS.

Dr. S. Mouffak, Dr. F. Cherrabi, Dr. S. Berrada, Dr.Z. Idri. Dr.B.Saad Pr. J. Kouachand Pr. D. Moussaoui.
Hopitalmilitaire d'instruction mohamed vrabat-maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 24 July 2018
Final Accepted: 01 September 2018
Published: September 2018

Keywords:

Paratubal cyst, adolescent, detorsion,
benign tumor.

Abstract

Adnexal torsion (AT) occurs most often before the first period of menstruation and seems to be favored by anatomical predispositions. Later, (AT) may be indicative of adnexal pathology, tubal or ovarian, most often a benign tumor, the diagnosis of AT is often late and then results in an adnexectomy, which is why practicing gynecologists must maintain a high level of suspicion in front of any acute pain in teenage girls even if the functional pathology predominates at this age. The twist of para tubal cyst is extremely rare. This pathology is often confused with ovarian torsion, the management in both cases requires emergency surgery to try to keep the ovary. We report a rare case of an adolescent patient operated for a complex para-tubal twisted benign cyst 6cm associated with hemorrhagic corpus luteum, that the diagnosis was difficult.

*Corresponding Author:-S. Mouffak.

Introduction:-

Les kystes paratubaires peuvent trouver leur origine embryologique dans des vestiges wolffiens mésonephrotiques, mullériens paramésonephrotiques ou dans des inclusions mésothéliales. L'hydatide de Morgagni est de loin la forme la plus fréquente des kystes d'origine paramésonephrotique. [1]

L'aspect échographique du kyste paratubaire est celui d'une lésion généralement uniloculaire, sphérique, à paroi fine, d'allure liquidienne pure hypoéchogène, sans cloisonnement intra kystique. [2]

Chez l'adolescente, peu de causes organiques sont décelées. D'autres causes plus discutables sont alors avancées, comme l'endométriase qui favoriserait la torsion tubaire isolée lors des périodes de congestion pelvienne. [3]

Chez notre patiente la cause organique a été évoquée mais le diagnostic de kyste paratubaire n'a pu être confirmé que par l'exploration chirurgicale.

Observation Médicale:-

Ils'agit d'un enfant de 15 ans, appendicectomisée à 13ans, qui a été reçue à l'hôpital pour des douleurs abdomino-pelviennes accompagnées de vomissements. Elle présentait une spanioménorrhée avec des douleurs pelviennes chroniques sur le compte d'un kyste ovarien droit décelé à l'échographie il y a 4 mois mais non contrôlé.

Les symptômes remontaient à 8 heures de sa consultation par la survenue brutale de douleurs abdominales paroxystiques lancinantes, accompagnées de vomissements post prandiaux et d'un arrêt des matières fécales.

Une automédication par Débridat® et Motilium® avait été faite sans succès.

À son admission, l'enfant était en bon état général mais subfébrile (37,8 °C) ; son poids était de 45 kg, L'examen de l'abdomen, rendu difficile par la douleur, a permis néanmoins de noter une défense pelvienne avec sensation d'une masse sus-pubienne d'aspect globulaire, à pôles supérieur convexe, douloureuse, Le toucher rectal était rendu difficile par la douleur pelvienne et l'agitation.

L'échographie pelvienne réalisée en urgence a permis de noter un utérus de type infantile, mesurant 4,9 × 1,2 cm en coupe sagittale, une tumeur liquidienne de l'annexe droite à paroi épaisse mesurant 6,4 × 8,9 cm avec un parenchyme ovarien multi folliculaire, le doppler couleur était normal. L'ovaire gauche faisait 20/17mm sans anomalie, le Douglas était comblé d'épanchement de faible abondance, l'appendice était normale. Sur le plan biologique, l'hémogramme avait montré une hyperleucocytose à 24000/mm³, une CRP à 10mg/l, une BHCG négative.

Devant la douleur et l'aspect échographique, on a procédé à une mini-laparotomie avant laquelle une information éclairée a été attribuée à la patiente et ses parents à propos de la possibilité d'une annexectomie et ses conséquences sur la fertilité.

On a procédé par une incision de type Pfannenstiel avec libération de quelques adhérences.

À l'exploration, on trouve l'annexe gauche sans particularité (figure 1), un petit utérus, une tumeur kystique para-tubaire régulière et suspecte adhérente à la trompe droite faisant 7cm de consistance plus ou moins ferme avec un contenu visqueux rougeâtre, une torsion de la tumeur en quatre spires dans le sens des aiguilles d'un montre. La trompe droite était allongée œdématisée et cyanosée adhérente à la tumeur (figure 2 et 3), l'ovaire droit était œdématisé présentant un kyste hémorragique de 4cm appendu bleuâtre et congestif adhérent à la face postérieure de la tumeur sus-décrite (figure 3), la détorsion de la tumeur avec le mésovarium a permis une recoloration progressive (au bout de 10min environ) de l'ovaire droit et son pédicule (figure 4), on a procédé alors à une salpingectomie avec exérèse de la tumeur et du kyste hémorragique ovarien. L'hémostase ovarienne a été obtenue par 2 points transfixiants. Les suites opératoires étaient simples.



Figure 1:-vue opératoire postérieure montrant un utérus infantile et une annexe gauche normale



Figure 2:-vueopératoireantérieuremontrant après libération des tours de spires l'aspecttendue du kysteparametubaire(K) trèsadhérant à la trompe(T)œdématié et congestif de l'ovaire (O) avec son corps jaunehémorragiquecyanosé (C)



Figure 3:-vuepostérieure après libération des 4 tours de spires montrant le kysteparametubaire (K) allongeant la trompe (T), le corps jaunehémorragique(C), etl'ovaire (O)



Figure4:-vueopératoirepostérieuremontrant la recoloration progressive du pédiculeovarien

L'examenanatomopathologique définitif fait état d'un kyste paratubaires'accompagnant de remaniements réactionnels du péritoine. La paroi du kyste est fibreuse et revêtue par un épithélium pseudostratifié et cilié de type tubaire sans signe suspect de malignité avec infarctus de la trompe droite et un kyste lutéinique hémorragique.

La patiente a repris un cycle régulier avec disparition des algies chroniques.

Discussion:-

La torsion annexielle, qu'elle soit ovarienne ou tubaire isolée, est difficile à diagnostiquer, c'est pourquoi il faut maintenir un haut niveau de suspicion. [4]. Cette affection est typiquement révélée par une douleur abdominale basse unilatérale et aiguë mais il arrive souvent que la patiente ressente une douleur abdominale intermittente fréquente durant les quelques mois précédant la torsion comme c'était le cas pour notre patiente.

Les nausées et les vomissements sont fréquents, et signalés par 60 à 70 % des patientes. La fièvre, qui peut toucher 10 % des patientes, se manifeste généralement tard, car elle est causée par la présence de tissus nécrotiques [4]. À l'examen physique, 20 % à 36 % des filles présentent une masse palpable. [5], [6].

La taille pourrait être un facteur de risque de torsion, et chez l'enfant une taille supérieure à 5 cm est habituellement retenue [7].

Contrairement à la population adulte, la population pédiatrique ayant un diagnostic de torsion annexielle, a des ovaires normaux dans une proportion importante, soit dans 15 à 50 % des cas. [8]

La majorité des anomalies pathologiques retrouvées sont des kystes tubaires (comme celui de notre cas) ou paraovariens, ou des tumeurs ovariennes bénignes. [6] Les tumeurs malignes sont rarement à l'origine d'une torsion d'annexe. Dans une revue de la littérature, Oltmann et al. ont repris 13 publications pour un total de 444 patientes pédiatriques ayant eu une torsion ovarienne, seulement 6 cas (1,5 %) de néoplasies malignes ont été relevés. Bien que faible, ce pourcentage incite à la prudence devant une torsion ovarienne avec masse complexe chez l'enfant. [9]

Actuellement, il n'y a sur le marché aucun test sanguin précis qui puisse faciliter le diagnostic de la torsion annexielle.

Par ailleurs, Il existe des marqueurs qui paraissent intéressants dans la suspicion de la torsion et par conséquent dans la réduction du délai d'intervention : [4]

-le taux d'IL-6 pourrait aider à différencier les cas de douleur au quadrant inférieur droit qui nécessitent une intervention chirurgicale (appendicite ou torsion ovarienne).

-les D-dimères pourraient aussi être un indicateur très utile dans le diagnostic précoce de la torsion ovarienne. [10]

Cependant, ces bio-marqueurs manquent de fiabilité vu le faible taux d'échantillons lors des études réalisées. [4]

L'échographie, avec ou sans doppler couleur, est la technique d'imagerie privilégiée pour tous les cas de torsion annexielles soupçonnées. Un débit sanguin absent ou réduit au doppler couleur, une augmentation du volume total de l'ovaire et un rapport de volume anormal entre les annexes peuvent tous indiquer une torsion annexielle. Or, la décision d'opérer ne devrait pas reposer exclusivement sur les résultats échographiques. [11]

La prise en charge de la torsion annexielle a beaucoup changé au cours des 10 dernières années. Le délai supérieur à 6 heures n'est pas un critère pour une ovariectomie systématique. [2] La plupart des auteurs recommandent d'effectuer une détorsion, avec ou sans kystectomie, malgré l'apparence nécrotique de l'ovaire. [12]

La conservation ovarienne doit être toujours privilégiée chez les adolescentes. [9]. La biopsie de l'ovaire controlatéral systématique n'est pas recommandée chez l'enfant. [9]

Quelle évolution après une torsion annexielle ?

Le maintien de la fonction ovarienne après détorsion a été confirmé par le doppler couleur fait à répétition, même dans les cas d'ovaires bleus-noirs. [12] [13] [14]

Risque de malignité:-

Dans une série rétrospective regroupant 127 filles (âge médian : 13,7 ans) ayant subi soit une kystectomie, soit une annexectomie, aucune lésion maligne n'a été détectée. Ce résultat pourrait s'expliquer par la fibrose plus importante due aux lésions malignes, laquelle favorise l'adhérence de l'annexe aux structures adjacentes. [15]

Risque de récurrence de torsion:-

Les études indiquent que le risque de récurrence est particulièrement élevé lorsque la torsion touche une annexe normale. [16]. Pourtant, la fixation systématique de l'ovaire n'est pas recommandée [9]

Conclusion:-

La torsion d'annexe doit être systématiquement considérée chez l'adolescente consultant en urgence pour des douleurs pelviennes. Comme son tableau clinique est souvent non spécifique et comprend très peu de manifestations physiques distinctives, le diagnostic et l'intervention chirurgicales sont généralement tardifs.

La torsion d'annexe est le premier mode révélant une masse annexielle chez l'adolescente. Les kystes paratubaires sont des formations généralement bénignes. Cependant, plusieurs cas de tumeurs malignes primitives développées aux dépens d'un kyste paratubaire ont été décrits.

L'originalité de cette observation tient à la complexité de la torsion associant un kyste paratubaire et un corps jaune hémorragique.

Bien que les tumeurs malignes de l'ovaire restent rares chez la population pédiatrique, cela incite à la prudence devant une torsion ovarienne avec masse complexe chez l'enfant.

References:-

1. B. Letourneur a, S. Grandjean ; Management of a giant paraovarian cyst ; *GynécologieObstétrique&Fertilité* 34 (2006) 239–241.
2. Korbin CD, Brown DL, Welch WR. Paraovariancystadenomas and cystadenofibromas:sonographic characteristics in 14 cases. *Radiology* 1998; 208(2):459–62.
3. F. Cuillier, J.C. Sommer ; Torsion tubaire isolée chez uneadolescente de 15 ans ; *Arch pédiatrie* 2000; 7 : 748-51 ; éditionsscientifiques et médicales Elsevier SAS.
4. Sari Kives, Suzy Gascon. Diagnostic et prise en charge de la torsion annexielle chez les filles, les adolescentes et les femmes adultes ; *DIRECTIVE CLINIQUE DE LA SOGC N° 341*, Février 2013.
5. Kokoska ER, Keller MS, Weber TR. Acute ovarian torsion in children. *Am J Surg* 2000;180:462
6. Tsafirir Z, Azem F, Hasson J, Solomon E, Almog B, Nagar H, et al. Riskfactors, symptoms, and treatment of ovarian torsion in children: the twelve-year experience of one center. *J Minim Invasive Gynecol* 2012;19(1).
7. Millar DM, et al. Prepubertal ovarian cyst formation: 5 years' experience. *ObstetGynecol* 1993;81:434—8
8. Aziz D, Davis V, Allen L, Langer JC. Ovarian torsion in children: is oophorectomy necessary? *J PediatrSurg* 2004;39:750.
9. C. Pienkowskia,*, N. KalfabTumeursovariennesprésoméesbénignes de l'enfant et l'adolescente*Journal de GynécologieObstétrique et Biologie de la Reproduction* (2013) 42, 833—841
10. Kart C, Aran T, Guven S, Karahan SC, Yulug E. Acute increase in plasma D-dimer level in ovarian torsion: an experimental study. *Hum Reprod* 2011;26:564.
11. Shadinger LL, Andreotti RF, Kurian RL. Preoperative sonographic and clinical characteristics as predictors of ovarian torsion. *J Ultrasound Med* 2008;27(1):7
12. Cohen SB, Oelsner G, Seidman DS, Admon D, Mashiach S, Goldenberg M.Laparoscopicdetorsion allows sparing of the twisted ischemic adnexa. *J Am AssocGynecolLaparosc* 1999;6:139
13. Celik A, Ergun O, Aldemir H, Ozcan C, Ozok G, Erdener A, et al. Longterm results of conservative management of adnexal torsion inchildren. *J PediatrSurg* 2005;40:704
14. Ben-Arie A, Lurie S, Graf G, Insler V. Adnexal torsion in adolescents: prompt diagnosis and treatment may save the adnexa. *Eur J ObstetGynecolReprodBiol* 1995;63:169
15. Savic D, Stankovic ZB, Djukic M, Mikovic Z, Djuricic S. Torsion of malignant ovarian tumors in childhood and adolescence. *J PediatrEndocrinolMetab* 2008;21:1073
16. Pansky M, Smorgick N, Herman A, Schneider D, Halperin R. Torsion of normal adnexa in postmenarchal women and risk of recurrence. *ObstetGynecol* 2007;109:355.