

## Torsion de kyste ovarien au premier trimestre de grossesse : a propos d'un cas

*Ovarian cyst torsion in first trimester of pregnancy: a case report*

Yeo KH, Ampoh F, Akinloye S, Ouattara I, Yesufu B, Kakou KC, Boni S.

Service de gynécologie-obstétrique - CHU de Cocody ; Abidjan,

---

**Correspondances** : Docteur YEO Kinifo Hamadou **Tél.** : +225 05 46 44 36 15 - **Email** : kinifoahamadou@gmail.com

*Reçu le 21 octobre 2023- Accepté le 30 novembre 2023 - Publié le 3 décembre 2023*

**RESUME** : Les urgences abdominales chirurgicales au cours de la grossesse posent un problème pour leur diagnostic, leur prise en charge chirurgicale et le pronostic materno-fœtal. Nous rapportons un cas de torsion d'un kyste de l'ovaire survenue au premier trimestre de la grossesse. La prise en charge chirurgicale a été faite par la laparotomie. L'évolution de la grossesse a été favorable et la patiente a accouché à terme par la voie basse d'un nouveau-né bien portant.

**SUMMARY**: Surgical abdominal emergencies during pregnancy make difficult problems for their diagnosis, surgical decision-making and the prognosis. We report a case of torsion of a cyst of the ovary in the first trimester of pregnancy. It was treated surgically by laparotomy. The evolution of the pregnancy was favorable and the patient gave birth vaginally to a healthy newborn.

## INTRODUCTION

Les urgences chirurgicales survenant pendant la grossesse posent des problèmes de diagnostic, de voie d'abord chirurgicale et pronostiques. La détection des masses annexielles pendant la grossesse est devenue de plus en plus fréquente en raison de l'utilisation généralisée de l'échographie [1,2]. Les kystes ovariens mis en évidence au premier trimestre sont le plus souvent fonctionnels et disparaissent spontanément sans complications [3,4]. Cependant ils peuvent parfois être responsables de complications à type de torsion ou de rupture hémorragique nécessitant une prise en charge chirurgicale [2,5].

## OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 22 ans, ménagère, primigeste et nullipare. Elle n'avait pas d'antécédent pathologique notable. Elle était référée dans notre service pour une douleur pelvienne aiguë sur grossesse de 12 semaines d'aménorrhée. Il s'agissait d'une douleur très intense de survenue brutalement trois heures avant l'admission. Elle était permanente à la fosse iliaque droite, à type de torsion et résistait aux antalgiques habituels. La patiente avait bénéficié d'une consultation prénatale à la huitième semaine d'aménorrhée, suite à laquelle le bilan prénatal réalisé était normal. Cependant l'échographie réalisé à cette consultation avait mis en évidence un kyste ovarien droit d'allure organique, multi cloisonné mesurant 97mm x 80mm sans anomalie ovulaire. A l'admission, la patiente était consciente, apyrétique avec un état hémodynamique stable et les conjonctives normalement colorées. L'abdomen était non distendu, très sensible à la palpation de la fosse iliaque droit, sans cri de l'ombilic et sans masse palpable. A la vulve on ne notait pas de saignement. On notait un col sain et violacé à la pose du spéculum. Au toucher vaginal, le col de l'utérus était postérieur, long, ramolli et fermé. Devant ce tableau clinique faisant fortement suspecter un kyste de l'ovaire droit en torsion sur grossesse, nous avons posé une indication de laparotomie en urgence. Le bilan pré opératoire était normal. En per opératoire, nous avons découvert un utérus gravide de taille correspond à 12 semaines d'aménorrhée associé à un kyste de l'ovaire droit en torsion sans signe de nécrose (**Figure 1**). Nous avons procédé à une détorsion de l'annexe et avons réalisé une kystectomie (**Figure 2**). L'analyse anatomopathologique de la pièce était en faveur d'un tératome mature de l'ovaire associé à des kystes lutéiniques sans signe de malignité.

**Figure 1:** Annexe droite en torsion sur utérus gravide



**Figure 2:** Coloration normale de l'annexe après détorsion



Dans le post opératoire, la patiente avait bénéficié d'une antibioprophylaxie, d'antispasmodiques et de progestérone retard injectable pour prévenir un avortement tardif. Les suites opératoires étaient sans complications et la sortie de la patiente avait été autorisée au 3<sup>e</sup> jour post opératoire. Par la suite, elle a bénéficié de cinq consultations prénatales normales et a accouché par voie basse d'un nouveau-né à terme bien portant, pesant 2900g avec un score d'APGAR de 9 et 9.

## COMMENTAIRES

L'incidence des masses annexielles pendant la grossesse varie entre 1/76 à 1/2328 dans la

littérature. La majorité de ces masses annexielles sont de découverte fortuite au cours des deux premiers trimestres de la grossesse [6]. Le kyste fonctionnel est la forme la plus fréquente pendant la grossesse dont les kystes du corps jaune constituent 13% à 17% des masses kystiques [6,7]. La majorité des kystes du corps jaune régressent spontanément pendant la grossesse. Cependant ils peuvent faire l'objet de complications pouvant mettre en péril le pronostic fonctionnel de l'annexe et l'évolution de la grossesse. La complication la plus fréquemment observée est la rupture du kyste bien que des cas de torsion annexielle sont décrits dans la littérature [3,8,9]. Les symptômes ne sont pas spécifiques. Ils se caractérisent par une douleur pelvienne latérale brutale souvent associée à des nausées et des vomissements. Ainsi, le diagnostic peut être complexe durant la grossesse nécessite l'élimination des diagnostics différentiels tels que la grossesse extra utérine et l'appendicite aiguë [10,11].

L'échographie permet de poser le diagnostic si celle-ci est disponible et réalisable en urgence. Dans notre cas, l'échographie précoce réalisée deux semaines plutôt a fortement contribué à la démarche diagnostique. Une deuxième échographie n'avait pas pu être réalisée en urgence pour confirmer ou infirmer la torsion du kyste avant la prise en charge car il n'y avait pas d'échographe disponible aux urgences de gynécologie. Concernant la prise en charge, la littérature rapporte que la coelioscopie est la référence pour le traitement de kystes ovariens avec signes de complications au premier trimestre [4,6,7]. Elle a l'avantage d'être associée à un temps opératoire plus court, une morbidité péri opératoire moindre, une réduction de la durée de séjour à l'hôpital, une diminution de la douleur post opératoire et une déambulation précoce [6,7]. Cependant cette technique n'était pas réalisable dans notre service par manque d'équipements. Aussi elle est très coûteuse dans les centres privés qui la pratique ce qui limite son accès aux patientes n'ayant pas d'assurance maladie.

En l'absence de complications aiguës du kyste ovarien pendant la grossesse, le deuxième trimestre est recommandé comme le moment propice pour effectuer la chirurgie des kystes organiques [4,7]. En effet, cette période de la grossesse est associée à un faible taux de complications en cas de chirurgie pelvienne [4]. Chez notre patiente, le déroulement de la grossesse de même que l'accouchement n'ont pas connu de complications materno-fœtales malgré la laparotomie faite en urgence au premier trimestre.

## CONCLUSION

La torsion d'annexe est une pathologie rare pendant la grossesse. Le diagnostic est rendu facile par l'échographie. La prise en charge impose une exploration chirurgicale de la cavité abdominale. La laparotomie est réalisable au premier trimestre de la grossesse en cas de non disponibilité de la coelioscopie.

## CONFLITS D'INTERETS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

## CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Tous les auteurs ont contribué à la conception et la mise en œuvre de ce travail. Ils déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

## LISTE DES FIGURES

Figure 1: Annexe droite en torsion sur utérus gravide

Figure 2 : Coloration normale de l'annexe après détorsion.

## REFERENCES

1. **Testa AC, Mascilini F, Quagliozi L, Moro F, Bolomini G, Mirandola MT, et al.** Management of ovarian masses in pregnancy: patient selection for interventional treatment. *Int J Gynecol Cancer* 2021;31(6):899–906.
2. **Cohen-Herriou K, Semal-Michel S, Lucot JP, Poncelet E, Rubod C.** Prise en charge des kystes de l'ovaire pendant la grossesse: expérience lilloise et revue de la littérature. *Gynecol Obstet Fertil* 2013;41(1):67–72. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1297958912003645>
3. **Vidaković S, Dokić M, Vilendecić Z, Maravić MD.** Ruptured corpus luteum cyst in early pregnancy: a case report. *Srp Arh Celok Lek* 2013;141(9–10):689–92.
4. **Minig L, Otaño L, Cruz P, Patrono MG, Botazzi C, Zapardiel I.** Laparoscopic surgery for treating adnexal masses during the first trimester of pregnancy. *J Minim Access Surg* 2016;12(1):22–5.
5. **Conte AB, Nyingone S, Jayi S, Diagne BJ, Alaoui FZF, Chaara H, et al.** Management of adnexal masses' torsion during pregnancy. *Pan Afr Med J* 2020;37(17).
6. **Hakoun AM, Abou-Al-Shaar I, Zaza KJ, Abou-Al-Shaar H, Salloum MNA.** Adnexal masses in pregnancy: An updated review. *Avicenna J Med* 2017;7(4):153–7.
7. **Yakasai IA, Bappa LA.** Diagnosis and Management of Adnexal Masses in Pregnancy. *J Surg Tech Case Rep* 2012;4(2):79.

8. **Thaba Moyambe JN, Macumu ER, Kitoko HT, Idi YI, Lubamba CC, Mwansa JC, et al.** Torsion d'un kyste ovarien en cours de grossesse: à propos d'un cas clinique observé en milieu à ressources limitées. *Pan Afr Med J* 2020;4(13).
9. **Ayachi A, Blél Z, Khelifa N, Mkaouer L, Bouchahda R, Mourali M.** Torsion d'annexe au second trimestre de la grossesse, à propos de deux cas. *Pan Afr Med J* 2016;25:113–8.
10. **Bras R, Braga J, Tome A, Ferreira H.** Adnexal Torsion in the First Trimester of Pregnancy: Diagnosis, Laparoscopic Management, and Review of the Literature. *Surg Technol Int* 2017;30:210–4.
11. **Ali MK, Abdelbadee AY, Shazly SA, Abbas AM.** Adnexal torsion in the first trimester of pregnancy: A case report. *Middle East Fertility Society Journal* 2013;18(4):284–6.