



## TORSION OF THE LEFT ADNEXA IN 9 WEEKS PREGNANCY: ABOUT A CASE

Liban Mahdi Mohamed\*<sup>1</sup>, Ismail Belhaouz<sup>1</sup>,  
Louba Nguomo<sup>2</sup>, Halim Hajare<sup>2</sup>, Amine Lamrissi<sup>2</sup>, Naima Samouh<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Gynecology and Obstetrics, Souissi Maternity Hospital, Chu Ibn Sina, Rabat, Morocco.

<sup>2</sup>Department of Gynecology and Obstetrics, Maternity Hospital, IBN ROCHD, Casablanca, Morocco.



\*Corresponding Author: Mahdi Mohamed Liban

Department of Gynecology and Obstetrics, Souissi Maternity Hospital, Chu Ibn Sina, Rabat, Morocco.

Article Received on 04/06/2024

Article Revised on 24/06/2024

Article Accepted on 14/07/2024

### INTRODUCTION

La torsion d'annexe est une pathologie rare secondaire à la rotation totale ou partielle de l'annexe autour de son axe vasculaire.<sup>[1]</sup> La survenue d'une torsion d'annexe sur ovaire sain est une situation encore plus rare. L'intérêt de cette situation réside dans sa difficulté diagnostique, et dans le choix de l'attitude thérapeutique à adopter. Nous présentons le cas d'une torsion d'annexe sur ovaire sain survenue au premier trimestre de grossesse.

### PATIENT ET OBSERVATION

Madame EL MANSOURI âgée de 21 ans, IIGIP (un enfant vivant par voie basse). Sans antécédents pathologiques médicaux ou chirurgicaux particuliers notables, ayant un cycle régulier sans notion de prise de contraception. Elle consulte aux urgences pour des douleurs latéro-pelviennes gauches types de torsion, d'installation aiguës évoluant depuis 10 heures, sur une aménorrhée de 9 semaines. L'examen à l'admission trouve une patiente consciente avec un GCS à 15, un EVA à 10. Stable sur le plan hémodynamique et respiratoire: TA 12/7mmhg, FC: 80 bpm, FR 15 C/min, apyrétique T: 37°C.

L'examen abdominal trouve un abdomen souple sans masse palpable avec présence d'une sensibilité latéro-utérine gauche. A l'examen gynécologique; au spéculum: le col est macroscopiquement normal, pas de saignement provenant de l'endocol. Au Toucher vaginal: l'utérus est augmenté de taille avec présence d'une sensibilité latéro-utérine gauche. L'échographie (sus-pubienne et endovaginale) est en faveur d'un Sac embryonnaire intra-utérin avec activité cardiaque positive, la longueur cranio-caudale correspondant à 9 semaines. On note l'ovaire gauche augmenté de taille, à couronne épaissie hypoéchogène non vascularisée au doppler, siège de multiples formations kystiques dont certains sont sièges de remaniements hémorragiques organisés, le plus volumineux mesure 5.3cm de diamètre. Doute sur la présence d'un tour de spire en latéro-isthmique; Il mesure 7.8x7x5.3cm., Uterus gravide dévié à droite, ovaire droit non vu, Conclusion: grossesse intra-utérine mono-embryonnaire évolutive d'environ 9SA semaines d'aménorrhée, associée à un gros kyste ovarien gauche.

Au vu de ce résultat de l'échographie, nous avons suspecté une torsion probable du kyste ovarien gauche 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: Torsion de l'annexe gauche à 2 tours de spires, kyste ovarien gauche de 7.5cm; un utérus globuleux augmenté de volume; l'annexe droite 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. Nous avons alors procédé à une kystectomie gauche. Pour éviter une fausse couche, une tocolyse préventive postopératoire avait été instaurée: - Utrogestan comprimé de 200 microgrammes à raison de 2X1cé/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 est suivie au GHR.

### DISCUSSION

La torsion d'annexe durant la grossesse est une urgence rare. Son incidence varie de 3 à 5 pour 1000 grossesses.<sup>[1,2]</sup> Entre 8 et 28% des torsions surviennent en cours de grossesse<sup>[3,4]</sup>, majoritairement au premier trimestre mais peuvent être diagnostiquées à tout âge de

la grossesse.<sup>[4]</sup> Habituellement la torsion se produit sur un ovaire pathologique (tumeur maligne ou bénigne). La symptomatologie se caractérise en générale par une douleur pelvienne latérale brutale associée à des nausées et des vomissements. Son diagnostic durant la grossesse est rendu complexe car il nécessite l'élimination des diagnostics différentiels classiques mais aussi ceux pouvant être liés à la grossesse (fausse couche, hématome rétro-placentaire, rupture utérine). De plus, l'examen clinique comme les examens d'imagerie deviennent plus difficile en raison du volume utérin et de l'ascension concomitante de l'ovaire dans la cavité abdominale. La torsion d'annexe peut causer des contractions utérines, entraînant ainsi un risque de fausse couche (précoce ou tardive) ou d'accouchement prématuré selon l'âge de grossesse. Le bilan biologique n'est pas spécifique, on peut avoir une hyperleucocytose ou une augmentation de la C-réactive. Pour le cas que nous présentons, la chirurgie n'a été faite que 3 jours après le début des symptômes de la torsion, une tocolyse préventive postopératoire aux progestatifs a été instaurée.

## CONCLUSION

Le diagnostic de torsion d'annexe reste difficile, en particulier pendant la grossesse et encore plus en présence d'une annexe saine. En effet, le tableau clinique est peu spécifique, les examens paracliniques sont peu fiables pour poser le diagnostic positif mais gardent leur place afin d'éliminer les différents diagnostics différentiels et rechercher une pathologie annexielle. Le geste opératoire doit être conservateur et consiste en la détorsion de l'annexe, l'ovariopexie ne doit pas être systématique. Le pronostic gravidique est en générale favorable, quelques cas de retard de croissance et d'accouchement prématuré ont été décrits.

## Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts. Contributions des auteurs Tous les auteurs ont contribué à la prise en charge de la patiente et à la rédaction du manuscrit. Tous ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

## REFERENCES

- Zanetta G, Mariani E, Lissoni A 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- 83. PubMed | Google Scholar
- Kumari I, Kaur S, Mohan H et al. Adnexal masses in pregnancy: a 5-year review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.*, 2006; 46(1): 52-4. PubMed | Google Scholar
- Oelsner G, Cohen SB, Soriano D et al. Minimal surgery for the twisted ischaemic adnexa can preserve ovarian function. *Hum Reprod Oxf Engl.*, 2003; 18(12): 2599-602. PubMed | Google Scholar
- Boughizane S, Naifer R, Hafsa A et al. [Laparoscopic management of adnexal tumors after the first trimester of pregnancy]. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.*, 2004; 33(4): 319-2. PubMed | Google Scholar
- Bellah RD, Griscom NT. Torsion of normal uterine adnexa before menarche: CT appearance. *AJR.*, 1989; 152: 123- 4. PubMed | Google Scholar
- Tepper R, Zalel Y, Goldberger S, Cohen I, Markov S, Beyth Y. Diagnostic value of transvaginal color Doppler flow in ovarian torsion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 1996; 68: 115- 8. PubMed | Google Scholar
- Abu-Musa A, Nassar A, Usta I, Khalil A, Hussein M. Laparoscopic unwinding and cystectomy of twisted dermoid cyst during second trimester of pregnancy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.*, 2001; 8(3): 456-60. PubMed | Google Scholar
- 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(8): 520-4. PubMed | Google Scholar
- Bider D, Mashiach S, Dulitzky M, Kokia A, Lipitz S, Ben-Rafael Z. Clinical surgical and pathologic findings of adnexal torsion in pregnant and non pregnant women. *Surg Gynecol Obstet.*, 1991 Nov; 173(5): 363-6. PubMed | Google Scholar
- Oelsner G, Bider D, Goldenberg M, Admon D, Mashiach S. Long term follow up of the twisted ischemic adnexa managed by detorsion. *Fertil Steril.*, 1993; 60: 976-9. PubMed | Google Scholar
- Shalev E, Peleg D. Laparoscopic treatment of adnexal torsion. *Surg Obstet Gynecol.*, 1993; 176: 448-50. PubMed | Google Scholar
- Tepper R, Lerner-Geva L, Zalel Y, Shilon M, Cohen I, Beyth Y. Adnexal torsion: the contribution of color Doppler sonography to the diagnosis and the postoperative follow up. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 1995; 62(1): 121-3. PubMed | Google Scholar
- Way S. Ovarian cystectomy of twisted cysts. *Lancet.*, 1946; 2: 47-8. PubMed | Google Scholar
- Nichols DH, Julian PJ. Torsion of the adnexa. *Clin Obstet Gynecol.*, 1985; 28: 375-80. PubMed | Google Scholar
- © Ahmed Guennoun 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.