

Torsion d'annexe

Définition

Il s'agit de l'une des plus fréquentes des complications pelviennes aiguës. L'annexe (ou l'ovaire) effectue une ou plusieurs rotations sur elle-même, entraînant une interruption de la vascularisation du pédicule utéro-ovarien et/ou du ligament lombo-ovarien, provoquant ainsi une ischémie aiguë. Ce tableau peut être précédé par des épisodes de subtorsion. Cette complication peut parfois survenir sur un ovaire non pathologique (allongement physiologique du pédicule utéro-ovarien), mais elle apparaît le plus souvent sur un kyste de l'ovaire ou une pathologie annexielle de type hydrosalpinx. Généralement, il existe une laxité importante de l'annexe, ce que confirme la quasi-absence de torsion dans les pathologies adhérentielles, en particulier lorsque l'ovaire est porteur d'un endométriose, où ce dernier est souvent adhérent dans sa fossette. La grossesse est une situation où la torsion d'annexe survient, en particulier au deuxième trimestre, lorsque l'ovaire prend une position latérale et abdominale.

Diagnostic

Le tableau clinique de torsion d'annexe typique se présente sous la forme d'une douleur pelvienne aiguë, unilatérale, à irradiation lombaire et de début brutal « en coup de poignard », parfois post-coïtale, d'intensité très forte et résistante à tous les types d'antalgiques. Cette douleur s'accompagne souvent de vomissements, la patiente adoptant ensuite une attitude en chien de fusil, sans trouver de position antalgique. Les signes généraux peuvent être au premier plan avec une tachycardie, des lipothymies, voire un état de choc. À l'examen clinique, il peut exister une défense latéralisée, mais la masse annexielle est rarement palpable. Le toucher vaginal déclenche une vive douleur du côté de la torsion.

L'échographie confirme l'existence d'un kyste ovarien, non vascularisé au Doppler, souvent associé à un épanchement minime péritonéal. Elle permettra parfois de suspecter une pathologie tubaire par l'existence d'une image transsonore d'aspect tubulé, évocatrice d'un hydrosalpinx. La réalisation d'examen d'imagerie ne doit en aucun cas retarder la prise en charge. Le scanner ou l'IRM demandés en urgence ne seront effectués qu'en cas de doute diagnostique.

Diagnostic coelioscopique et conduite à tenir thérapeutique

La torsion d'annexe est une urgence chirurgicale. Le traitement peut et doit être réalisé dans les meilleurs délais, afin de réduire le risque d'infarctus et de destruction de l'annexe. L'exploration coelioscopique est le traitement actuel de référence de la prise en charge des urgences gynécologiques. Cette exploration retrouve parfois des torsions peu compressives donnant une symptomatologie positionnelle. Ainsi, deux exemples de torsion d'annexe sur un kyste dermoïde et un kyste mucineux géant de plus de 10 cm de diamètre (*fig. 23-1 et 23-2*). Parfois, il s'agit de torsion d'hydrosalpinx (*fig. 23-3*). Dans des cas de torsion serrée, l'exploration retrouve une annexe œdématisée, plus ou moins violacée et ischémique (*fig. 23-4*). Exceptionnellement, il existe une annexe sphacélée, infarctée, dans laquelle la symptomatologie clinique a diminué (*fig. 23-5*).



Figure 23-1. Torsion d'annexe droite peu ischémique d'un kyste dermoïde.



Figure 23-2. Torsion d'annexe gauche pauci-symptomatique d'un kyste mucineux de 12 cm de diamètre.



Figure 23-3. Torsion d'un hydrosalpinx droit.

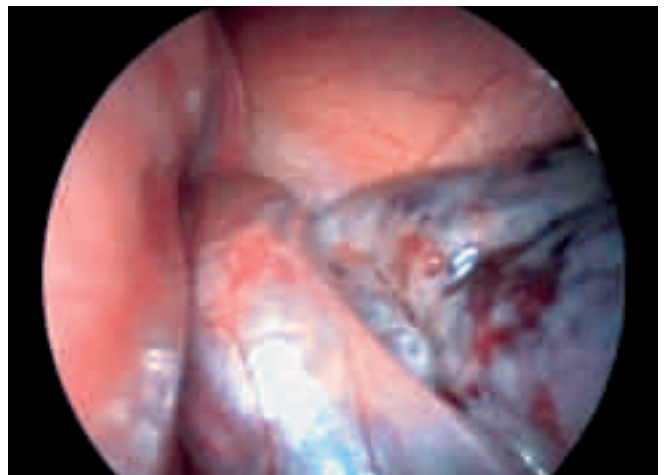


Figure 23-4. Torsion d'annexe chez une femme enceinte de 22 SA. Aspect tordu du pédicule annexiel.

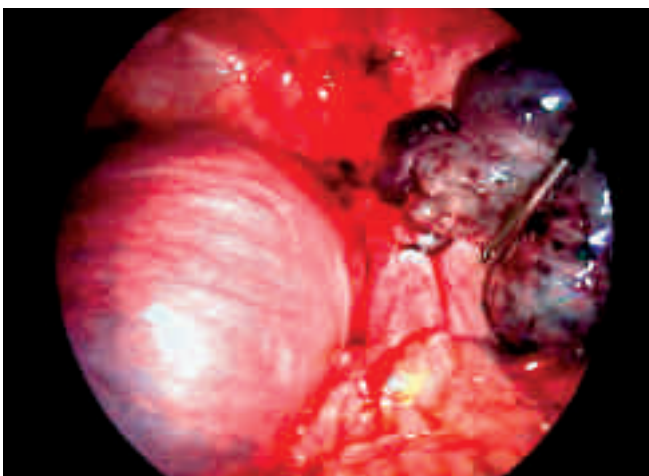


Figure 23-5. Torsion d'ovaire droit ayant un aspect complètement sphacélé.

Le traitement consiste en une détorsion prudente de l'annexe, après avoir repéré le nombre et le sens des tours de spire, afin d'apprécier sa revascularisation (en ayant irrigué l'annexe avec du sérum chaud) (fig. 23-6). La conservation annexielle est en théorie pratiquement toujours possible si la détorsion survient dans les 18 heures après le début des douleurs. Le traitement de la cause doit alors être effectué, en particulier le traitement d'un kyste de l'ovaire ou celui d'une pathologie tubaire (Oelsner, 1993). Parfois le contexte ménopausique imposera l'annexectomie. En revanche, chez des patientes en âge de procréer ou infertiles, la conservation ovarienne et tubaire doit être la règle, même s'il existe d'emblée une annexe sphacelée. Prendre le temps de la détorsion et de la recoloration de celle-ci est fondamental (fig. 23-7).

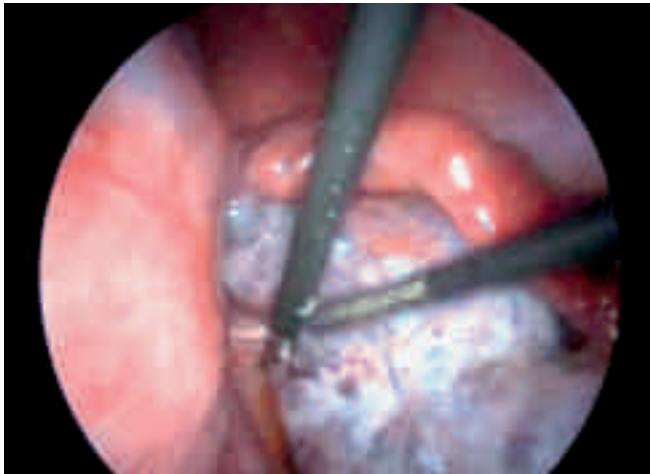


Figure 23-6. Détorsion à l'aide de deux pinces atraumatiques endoscopiques, essayant de reproduire à l'inverse le mouvement.



Figure 23-7. Torsion d'annexe droite. Recoloration de l'ovaire après détorsion.

L'annexectomie ou l'ovariectomie sera pratiquée en cas de nécrose annexielle. Une impossibilité de détorsion ou une absence de recoloration annexielle aboutira à un traitement radical (fig. 23-8 et 23-9).

Une oophoropexie peut être proposée comme traitement préventif : il s'agit de fixer l'ovaire dans sa fossette ou de raccourcir son insertion en fixant le ligament utéro-ovarien au péritoine pariétal à l'aide d'un fil non résorbable. Ce traitement préventif n'est effectué qu'en cas de récurrence spontanée.

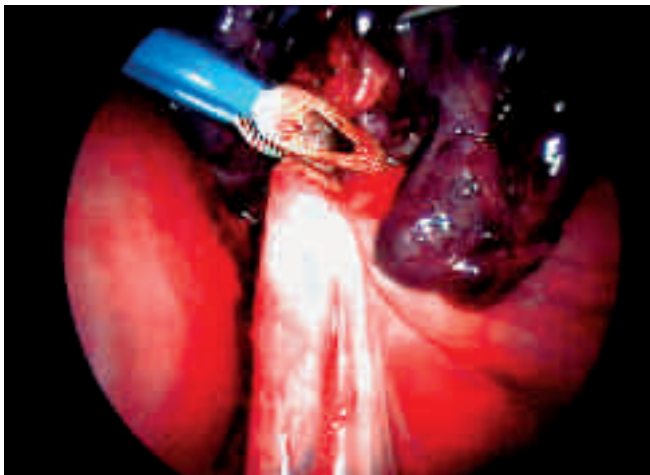


Figure 23-8. Annexectomie d'une torsion ovarienne nécrotique : coagulation bipolaire du lombo-ovarien droit.

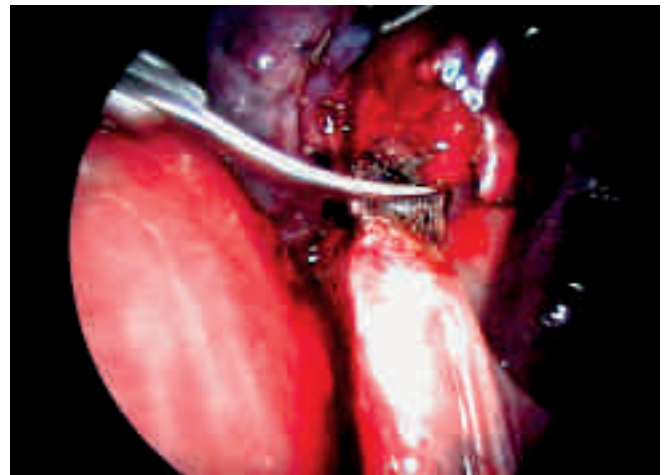


Figure 23-9. Annexectomie d'une torsion ovarienne nécrotique : section du lombo-ovarien droit.