

# TORSION TUBAIRE ISOLÉE : à propos de deux observations

H. BOUGUERN (1), C. BOUCHIKHI (1), H. CHAARA (2), M.A. MELHOUF (2), A. BANANI (2)

**RÉSUMÉ :** La torsion tubaire isolée est rarissime et difficile à diagnostiquer, nécessitant une coelioscopie, ou une laparotomie dans les centres qui ne disposent pas de coelioscopie; elle est souvent effectuée trop tardivement, pour permettre la conservation de la trompe. Nous rapportons deux observations de torsion isolée de trompe et nous rappelons à travers les deux cas cliniques les difficultés diagnostiques, les examens complémentaires utiles, le traitement et les causes de cette pathologie qui doit être systématiquement évoquée devant tout syndrome abdominal aigu afin d'espérer un traitement chirurgical précoce et, si possible, conservateur.

**MOTS-CLÉS :** *Torsion - Trompe de Fallope - Coelioscopie - Echographie*

ISOLATED TORSION OF THE FALLOPIAN TUBE :  
ABOUT TWO CASES

**SUMMARY :** Isolated torsion of the fallopian tube is extremely rare and difficult to diagnose, requires a coelioscopy, or a laparotomy in centers which do not have coelioscopy; often carried out too tardily, to allow the conservation of the horn. We report two observations of isolated torsion of the fallopian tube and we recall through the two clinical cases the diagnostic difficulties, the useful complementary examinations, the treatment and the causes of this pathology which must be systematically evoked in front of any acute abdominal syndrome in order to hope for an early surgical treatment and if possible conservative.

**KEYWORDS :** *Torsion - Fallopian tube - Coelioscopy - Chography*

## INTRODUCTION

La torsion tubaire isolée est une pathologie extrêmement rare surtout lorsqu'elle survient chez l'adolescente. Son incidence est estimée à un cas sur 1.500.000 (1, 2). L'obstacle vasculaire qui entraîne cette torsion est responsable de lésions ischémiques de la trompe. Un traitement conservateur est malheureusement rarement possible chez ces jeunes patientes compte tenu du fréquent retard diagnostique. La torsion tubaire isolée doit donc être évoquée chez toute adolescente consultant en urgence pour des douleurs pelviennes.

A travers nos observations et une revue de la littérature, nous allons souligner les caractéristiques diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie.

## OBSERVATION 1

Ilham. A. âgée de 15 ans, consulte en 2004 pour douleurs modérées de la fosse iliaque droite apparues brutalement il y a deux jours et aggravées il y a quelques heures, avec survenue d'un épisode de vomissement, sans troubles de transit et ne cédant pas aux antispasmodiques; cette patiente ne présente aucun antécédent médico-chirurgical, elle est vierge, les premières menstruations sont survenues à l'âge de 12 ans. Elle nous signale être en fin de cycle et avoir ressenti une douleur semblable quelques mois auparavant ayant cédé aux antispasmodiques.

Le toucher rectal ne perçoit pas de masse annexielle, ni de signe d'irritation péritonéale. Le ventre est souple, sans défense, avec une sensibilité de la fosse iliaque droite. La température corporelle est de 37,4 °C; il n'existe pas de signes fonctionnels urinaires et les fosses lombaires ne sont pas douloureuses.

Le bilan biologique ne montre pas de syndrome inflammatoire (CRP = 3 mg/l; leucocytes = 7500/mm<sup>3</sup>), les βHCG sont négatifs.

Une échographie sus-pubienne réalisée montre un utérus de taille normale, avec la présence en latéro-utérin droit d'une image anéchogène mesurant 78,2 x 55,1 mm, à paroi épaisse faisant évoquer un kyste de l'ovaire droit (Fig 1, 2). L'ovaire gauche est non visualisé.

Nous posons alors le diagnostic de torsion de kyste de l'ovaire. Une laparotomie est décidée. Le temps de l'acheminer au bloc opératoire, il y a reprise de douleurs atroces de la fosse iliaque droite. Nous ne disposons pas de colonne de coelioscopie, et une laparotomie est réalisée. Celle-ci confirme l'existence d'une torsion de la

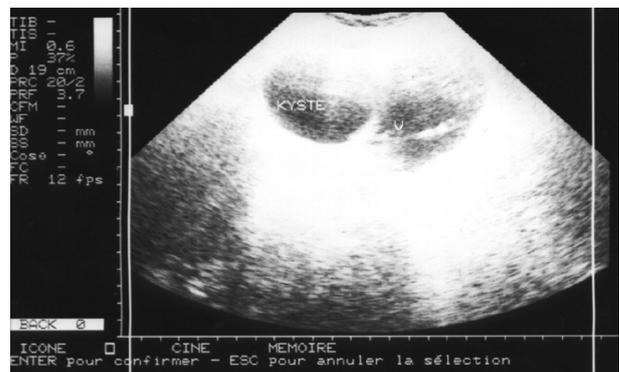


Figure 1. Kyste ovaire droit:

(1) Professeur Assistant, (2) Professeur Agrégé, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Hassan II, Fès, Maroc.

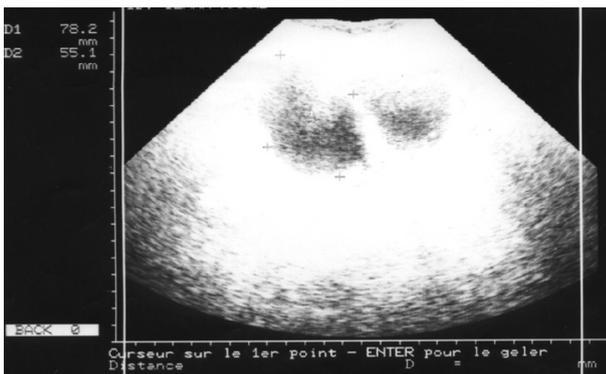


Figure 2. Kyste ovaire droit.

trompe droite, deux tours de spires, apparaissant nécrotique, augmentée de taille et mesurant 8 x 6 cm (hydrosalpinx sur phimosis congénital probablement). L'ovaire a un aspect normal et n'est pas concerné par la torsion; on pratique une détorsion de la trompe mais aucune recoloration n'est constatée après une dizaine de minutes. Une salpingectomie est alors réalisée.

L'ovaire gauche et la trompe gauche sont normaux, avec présence d'un épanchement minime. Les suites opératoires sont simples.

L'étude anatomopathologique révéla un remaniement congestif et infarctus hémorragique massif de la trompe dilatée mesurant 8 x 6 cm, sans élément suspect.

## OBSERVATION 2

Mme R.C. âgée de 30 ans, sans antécédents pathologiques notables. Elle présente depuis une semaine des douleurs de la fosse iliaque droite, intermittentes, exacerbées il y a deux jours. L'examen clinique révèle une douleur de la fosse iliaque droite. Au toucher rectal : sensibilité latéro-utérine droite gênant l'examen. Toucher vaginal non fait (patiente vierge).

Une échographie est réalisée et montre une image oblongue mesurant 86 x 54 mm faisant évoquer un hydrosalpinx ou kyste de l'ovaire (Fig. 3).

Au vu de l'abdomen chirurgical, la patiente est opérée. A l'exploration, nous avons trouvé un hydrosalpinx droit tordu (trois tours de spires) (Fig. 4). Etant donné le retard diagnostique, un traitement conservateur n'a pu être réalisé, nous avons alors opté pour une salpingectomie droite (Fig. 5). Les suites postopératoires sont simples. L'étude anatomopathologique montre un infarctus hémorragique sans lésion suspecte.

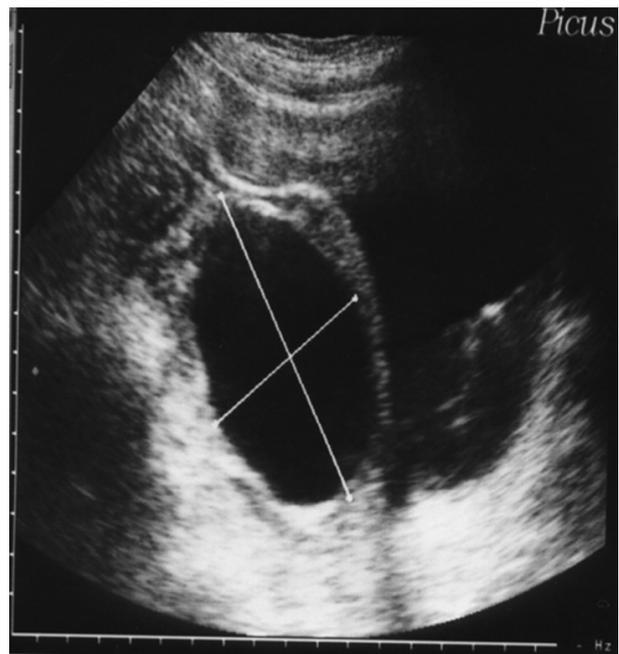


Figure 3. Hydrosalpinx ou kyste de l'ovaire.



Figure 4. Torsion trompe.



Figure 5. Pièce de salpingectomie.

## DISCUSSION

Poser un diagnostic face à un abdomen douloureux n'est généralement pas chose facile. Il convient naturellement d'éliminer d'autres pathologies plus fréquentes avant d'envisager le diagnostic de torsion tubaire isolée.

L'appendicite est l'étiologie la plus fréquente, elle est systématiquement évoquée devant une douleur de la fosse iliaque droite (3); le caractère progressif de la douleur et l'existence d'un fébricule sont des éléments absents dans la torsion de la trompe et les vomissements ne sont pas contemporains de la douleur (3); la grossesse extra-utérine est écartée par le couple  $\beta$ HCG et échographie pelvienne; il peut s'agir d'une torsion d'annexe, la sémiologie clinique étant la même, c'est la coelioscopie ou la laparotomie qui portera le diagnostic de manière certaine. Enfin l'infection pelvienne, l'infection urinaire, la colique néphrétique sont autant de pathologies qu'il faut systématiquement évoquer. Le diagnostic d'ovulation douloureuse sera envisagé en dernier lieu et chez une patiente en milieu de cycle.

La torsion tubaire isolée est plus fréquente du côté droit. En effet, le mécanisme de torsion du côté gauche est limité par la présence du côlon sigmoïde (1, 3).

Les causes de torsion tubaire isolée sont variées, certaines étant évidentes mais d'autres contestables. Les masses paraovariennes ou tubaires sont des causes classiques (4, 5). L'hématosalpinx (lors d'une grossesse tubaire) est un facteur prédisposant connu (6). Richard et coll. ont rapporté une torsion tubaire isolée causée par un kyste de Morgani de 15 mm de diamètre (7). Il y a aussi les hydrosalpinx (cas de notre patiente) et les adhérences tubaires, séquelles de salpingites, les plasties tubaires (favorisant un hydrosalpinx distal), la ligature tubaire surtout par la méthode de Pommeray (8, 9). Les causes organiques sont plutôt rencontrées chez l'adulte (8), chez l'adolescente, peu de causes organiques sont décelées. La cause dominante est l'excès de longueur du mésosalpinx (trompe > 12 cm) (1, 9-11). Dans le problème de torsion de trompe, viennent ensuite les causes hémodynamiques, les trompes où les veines du mésosalpinx sont plus longues et plus flexibles que les artères. Lorsqu'une torsion survient, ces veines se congestionnent et la spiralisation se poursuit alors plus facilement (1, 12). La torsion tubaire isolée semble être la résultante d'un facteur déclenchant anatomique et d'un facteur hémodynamique qui pérennise ce processus.

D'autres causes ont été citées dans la littérature telles que l'hyperstaltisme tubaire (9, 10, 13), les traumatismes abdominaux (10), le changement brutal de position (1, 9, 14). Chez notre première patiente, le diagnostic proposé a été une torsion d'un kyste de l'ovaire; la laparotomie a mis en évidence la torsion de trompe sur hydrosalpinx probablement d'origine congénitale (phimosi tubaire), la patiente étant vierge et n'ayant pas de pratiques sexuelles.

Chez notre deuxième patiente, le diagnostic de torsion de kyste de l'ovaire a été posé et la laparotomie a montré une torsion isolée de trompe sur hydrosalpinx acquis (notion d'infections génitales à répétition).

Enfin le traitement de la torsion tubaire isolée ne peut être que chirurgical. La coelioscopie est la technique de choix employée par la majorité des équipes. Le traitement va permettre, si le diagnostic est précoce, la détorsion de la trompe, réchauffement au sérum physiologique et appréciation de la coloration (1). En cas de non-recoloration, une salpingectomie sera pratiquée. L'attitude à l'égard de l'annexe controlatérale est très controversée, mais la fixation peut être préconisée, bien que la bilatéralisation soit rare (1, 15).

Une surveillance régulière et l'information de la patiente sont de mise.

## CONCLUSION

Afin d'espérer un traitement conservateur, l'hypothèse diagnostique de torsion de trompe devrait toujours être évoquée devant une douleur pelvienne d'apparition brutale.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Dedecker F, Graesslin O, Khider, et al.—Torsion tubaire isolée chez une adolescente de 15 ans : a propos d'un cas. *Gynecol Obstet et fertil*, 2003, **31**, 1036-1038.
2. Hansen OH.— Isolated tortion of the fallopian tube. *Acta obstet gynecol scand*, 1970, **49**, 3-6.
3. Rizk D, Lakshminarasimba B, Joshi S.—Torsion of the fallopian tube in an adolescent: a case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2002, **15**, 159-161.
4. Propek PA, Scanlan KA.— Isolated fallopian tube torsion. *Am J Roentgenol*, 1998, **170**, 1112-1113.
5. Milki A, Jacobson DH.— Isolated torsion of the fallopian tube. *J Reproductive Med*, 1998, **43**, 836-868.
6. Kurzbart E, Mares AJ, Cohen Z, et al.— Isolated torsion of the fallopian tube in premenarcheal girls. *J Pediatr Surg*, 1994, **29**, 1384-1385.
7. Richard HM, Parsons RB, Broadman KF, Shapiro RS.— Torsion of the fallopian tube : progression of sonographic features. *J Clin Ultrasound*, 1998, **26**, 374-376.

8. Habib E, Mekkaoui M, Elhaddad A.— Apport de la coelioscopie dans le traitement de la torsion isolée de la trompe de fallope. Revue de la littérature. A propos de trois observations. *Ann Chir*, 1998, **52**, 137-145.
9. Cuillier F, Sommer JC. Torsion tubaire isolée chez une adolescente de 15 ans. *Arch Pediatr*, 2000, **7**, 748-751.
10. Barisic D, Bagovic D.— Dilateral tubat torsion treated by laparoscopy : a case report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1999, **86**, 99-100.
11. Lineberry t, Rodriguer H.— Isolated torsion of the fallopian tube in an adolescent : a case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2000, **13**, 135-138.
12. Duflos-Cohad C. Torsion d'annexe chez l'enfant et l'adolescente. *Encyc Med Chir*, Gynécologie. Paris : Elsevier, 1996, 802-A-16, 2.
13. Holland AJA, Barker AP. Isolated torsion of the fallopian tube in a premenarchial girl : case report and review of the literature. *Pediatr Surg Int*, 1996, **11**, 47-49
14. Barnes WS, SchantzJC, Shochat SJ. Torsion of the fallopian tube in a premenarcheal female patient. *Am J Dis Child*, 1977, **131**, 1297-1298.
15. Jean D, Lortat-Jacob S. Torsion d'annexe saine. *Gynécologie medico-chirurgicale de l'enfant et de l'adolescente*. Paris : Doin, 1992, 123-128.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. H. Bouguern, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Hassan II, Fès, Maroc.