

Des douleurs pelviennes brutales et intenses

■ F. CUILIER*, D. LATRIVE**, C. GYNDREY*** ■

Observation

● Mlle C. consulte en urgence en raison de douleurs pelviennes très importantes présentes depuis deux heures. Cette jeune femme de 20 ans n'a pas d'antécédent médico-chirurgical et est nulligeste. Son dernier examen gynécologique, effectué trois mois auparavant, a été qualifié de normal.

Depuis trois jours, la patiente, apyrétique, présente des douleurs pelviennes d'intensité variable ayant motivé une première consultation dans un hôpital périphérique. L'examen gynécologique avait été qualifié de normal par l'interne de garde, les douleurs étant expliquées par une ovulation chez cette patiente sans moyen de contraception.

Notre examen permet de constater une nette défense hypogastrique, sans qu'existe de cri du Douglas. L'échographe présent dans la salle où nous consultations nous permet de visualiser une masse pelvienne à côté de l'utérus d'aspect échographique grenu, homogène mais hyperéchogène et sans cône d'ombre (fig. 1 et 2). Devant cette suspicion de torsion annexielle aiguë, une coelioscopie était immédiatement pratiquée.



Fig. 1 : Coupe échographique par voie sus-pubienne de la masse abdomino-pelvienne.



Fig. 2 : Coupe échographique par voie endovaginale de l'utérus avec la masse pelvienne située dessus.

Discussion

• Devant ce tableau clinique, le premier diagnostic évoqué était évidemment celui d'une **torsion annexielle**, conséquence de la présence d'un kyste ovarien qui est le plus souvent séreux, puis dermoïde, voire endométriosique ou fibromateux [1]. Les kystes néoplasiques se révèlent exceptionnellement de cette façon.

Une **colique néphrétique** était peu probable en raison des arguments cliniques et il n'existait pas d'hématurie microscopique.

Une **grossesse ectopique** était éliminée, car la patiente d'une part n'avait pas de retard de règles et, d'autre part, affirmait n'avoir pas eu de rapport sexuel depuis six mois (le dosage de la βHCG se révélera négatif). Une salpingite et une pelvipéritonite avec abcès du cul-de-sac de Douglas étaient aussi éliminées.

La **subtorsion ou la torsion tubaire isolée** n'étaient pas retenues car les manifestations cliniques débute rarement ainsi. Cette entité organique se manifeste le plus souvent par un tableau subaiguë [2].

La **nécrobiose aseptique d'un fibrome** semblait, elle aussi, peu probable devant l'intensité des douleurs, l'utérus de cette patiente, visualisé par échographie semblait, de toute façon, indemne de léiomyome.

La cœlioscopie réalisée un quart d'heure après notre consultation permettait de redresser le diagnostic, car en fait nous découvrons non pas une torsion annexielle mais un **fibrome nécrotique** de 12 cm de diamètre tordu sur trois tours de spires sur un pédicule d'environ trois cm de long mais de cinq mm de large ! Une coagulation électrique du pédicule permettait de détacher le fibrome de l'utérus qui était pour le reste normal macroscopiquement, ainsi que les annexes. Le fibrome nécrosé était scindé en deux et extirpé grâce à deux sacs cœlioscopiques par l'orifice de trocard gauche. Les suites opératoires étaient extrêmement simples et la patiente quittait le service à J2. L'analyse anatomopathologique confirmait le caractère fibromateux mais nécrotique de la pièce opératoire.

Commentaires

• Les torsions d'annexe représentent le cinquième motif de consultations urgentes gynécologiques [3]. Hormis la torsion annexielle aiguë où la douleur pelvienne est intense, la représentation clinique des torsions annexielles n'est pas spécifique et peut inclure des douleurs variables pelviennes ou du bas quadrant abdominal, des nausées et des vomissements [3]. En cas de douleur subaiguë, le diagnostic peut être aidé par l'échographie Doppler. Les découvertes échographiques des torsions annexielles ne sont alors pas spécifiques, mais peuvent inclure un agrandissement de l'ovaire, un épanchement du cul-de-sac de Douglas, une augmentation de la distance entre les follicules, et un flux sanguin diminué mesuré au Doppler [3].

Les léiomyomes utérins affectent environ un quart des patientes adultes, créant des morphologies utérines des plus variables. Les torsions aiguës de fibromes pédiculés chez la femme sont exceptionnelles, survenant par ailleurs de préférence chez la femme âgée [4]. Ces tumeurs bénignes sont de taille variable, mais leur aspect échographique les révèle hypoéchogènes avec des masses solides produisant une atténuation des ultrasons [5]. Sciannameo a décrit une observation de torsion de fibrome à 20 SA chez une femme de 31 ans, associée à une hernie inguinale, opérée en urgence [1], et Hashmonai a décrit une observation de torsion d'un fibrome pédiculé mésentérique [6]. Une revue de la littérature montre que les observations de ce type sont rarissimes [7].

Les symptômes de cette entité clinique peuvent se rapprocher de ceux d'une torsion annexielle, mais plutôt subaiguë.

Les torsions des fibromes pédiculés sont toujours confondues avec des nécrobioses aseptiques de fibrome, des torsions annexielles, voire avec des exceptionnels fibromes du côlon qui sont des lésions elles aussi rares, survenant le plus souvent entre 45 et 55 ans [8]. La rareté de ces lésions fait que l'on passe souvent à côté du diagnostic et qu'on les confond avec des tumeurs ovariennes. Par ailleurs, ces tumeurs se manifestent rarement par un tableau de torsion annexielle aiguë [7]. Le scanner et l'IRM seront alors fondamentaux pour faire le diagnostic d'exploration en cas de douleur subaiguë, car, en cas de douleur aiguë, la seule attitude sera de réaliser une exploration chirurgicale immédiate, le plus souvent par cœlioscopie.

Les complications des torsions de fibrome sont la nécrobiose aseptique, qui peut parfois s'abcéder. Des phlébites et des thrombophlébites de voisinage peuvent se produire. Par ailleurs, ces tumeurs peuvent se détacher, comme l'a souligné Pissas, et migrer dans la cavité abdominale [9].

Conclusion

- Il n'est jamais agréable d'avouer ces échecs diagnostiques, mais nous pensons important de publier ce fait clinique, car tous les médecins consultés au sujet de cette patiente se sont trompés de diagnostic. Ainsi, les torsions de fibromes pédiculés sont un des diagnostics à prendre en considération chez toute femme même jeune consultant en urgence pour douleurs pelviennes aiguës ou subaiguës.

BIBLIOGRAPHIE

1. SCIANNAMEO F., MADAMI G., MADAMI C., DEL SOL A., CASELLI M., COCCETTA M., RINALDI L., RONCA P. Torsion of uterine fibroma associated with incarcerated inguinal hernia in pregnancy. *Case report. Minerva Ginecol.*, 1996; 48 (11): 501-4.
 2. CUILIER F. A propos de cinq cas de subtorsion de trompe. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 2003 (sous presse).
 3. AUSLENDER R., LAVIE O., KAUFMAN Y., BARDICEF M., LISSAK A., ABRAMOVICI H. Coiling of the ovarian vessels: a color Doppler sign for adnexal torsion without strangulation. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* : 96-7.
 4. ZUCCON W., CAPUTO P., FACCINI M., GAMBINI D., BONANDRINI L. Gynaecological pelvic mass. Emergency clinical assessment. *Minerva Chir.*, 2002 ; 57 (5): 673-82.
 5. STEPHENSON W.M., LAING F.C. Sonography of ovarian fibromas. *AJR Am. J. Roentgenol.*, 1985; 144 (6): 1239-40.
 6. HASHMONAI M., HAMPEL N., AUSLAENDER L., SCHRAMEK A. Acute abdomen due to torsion of a pedunculated mesenteric fibroma. *Surgery*, 1975; 78 (5): 665-7.
 7. STUDZINSKI Z., GRZYBOWSKI Z., BRANICKA D. Giant fibroma of mesocolon transverse imitating tumor of ovary: a case report. *Ginekol. Pol.*, 2000 ; 71 (7): 636-40.
 8. TAKEHARA M., SAITO T., MANASE K., SUZUKI T., HAYASHI T., KUDO R. Hemorrhagic infarction of fibroma. MR imaging appearance. *Arch. Gynecol. Obstet.*, 2002; 266 (1): 48-9.
 9. PISSAS A., BAUMEL H., MARTY C., LAFFARGUE F. Free tumors of the peritoneum. Review of the literature. A propos of a case. *J. Chir.*, 1987; 124 (4): 258-62.
- * Praticien Hospitalier, Service de Gynécologie, SAINT-DENIS, Ile de la Réunion.
** Médecin Généraliste, SAINT-DENIS.
*** Praticien Hospitalier, Service d'anesthésie, Hôpital Félix Guyon, SAINT-DENIS.