

# Douleurs pelviennes

■ F. CUILIER\*, A. HECKLY\* ■

## Observation

### Premier cas clinique

Mlle X consulte en urgence le 13 juillet en raison d'une douleur pelvienne intense, survenue brutalement une heure auparavant. Cette jeune fille de 20 ans n'a jamais eu de rapports sexuels. Elle n'a pas d'antécédents médico-chirurgicaux et ne prend aucun traitement. Son examen clinique permet de constater une défense de la fosse iliaque gauche. Une masse dure de la taille d'un pamplemousse est palpée. D'après l'interrogatoire, la patiente ne présente aucun signe urinaire ni digestif, mais elle ressent depuis quelques semaines une pesanteur au sein de la fosse iliaque gauche avec sensation d'irradiation et de tiraillement vers le creux inguinal gauche. L'analyse échographique permet de visualiser une masse pleine à gauche semblant accolée à l'utérus, ayant un aspect grenu, homogène mais hyperéchogène et sans cône d'ombre postérieur (fig. 1). Le Doppler ne retrouve pas de vascularisation intra-tumorale. Le toucher vaginal et rectal ne sont pas faits. Devant l'intensité des douleurs, la patiente est hospitalisée et, en raison d'une suspicion de torsion d'ovaire aiguë sur kyste, une coélicoscopie est immédiatement pratiquée.

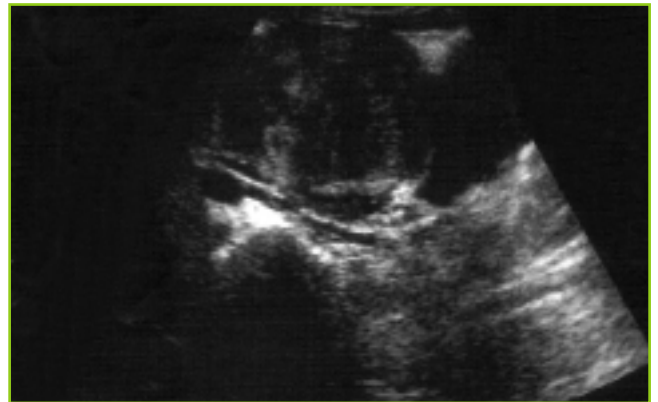


Fig. 1 : Coupe échographique par voie suspubienne de la masse pelvienne.

### Deuxième cas clinique

Mlle Y, âgée de 19 ans, consulte en urgence le 3 octobre 2004 en raison d'une douleur pelvienne droite. Cette jeune femme, sans antécédents médico-chirurgicaux, se plaint de douleurs pelviennes depuis un mois, d'intensité variable. L'accentuation de la douleur a motivé une première consultation 5 jours auparavant où le diagnostic de cystite est évoqué, puis une seconde consultation 48 heures plus tard. Le diagnostic de colique néphrétique est retenu. Dans le service de gynécologie, où la patiente est immédiatement hospitalisée, nous constatons la présence d'une défense de la fosse iliaque droite. L'échographie visualise une masse kystique anéchogène de 12 cm de diamètre (fig. 2). Il n'y a pas d'épanchement intra-abdominal. Le diagnostic de torsion d'une masse kystique ovarienne droite est évoqué. Une coélicoscopie est immédiatement pratiquée.

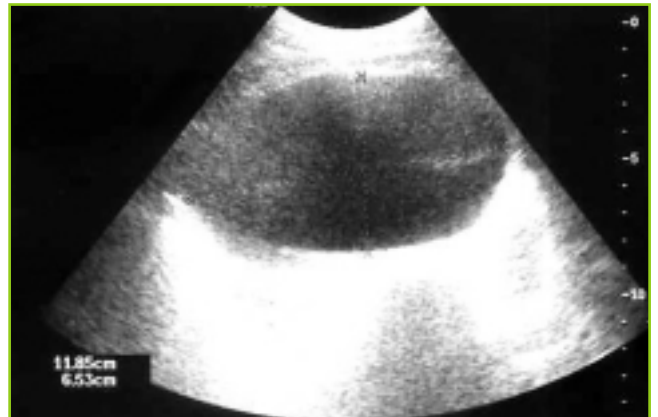


Fig. 2 : Coupe échographique par voie suspubienne de la masse pelvienne.

## Réponses

### Premier cas clinique

Devant ce tableau clinique, le premier diagnostic évoqué était celui d'une torsion annexielle, conséquence d'un kyste ovarien qui est le plus souvent séreux, dermoïde, voire endométriosique ou fibromateux. Les kystes néoplasiques se révèlent exceptionnellement de cette façon. Le second diagnostic évoqué est celui de torsion d'un fibrome pédiculé utérin. Une nécrobiose aseptique d'un fibrome semblait peu probable devant l'intensité des douleurs et parce que l'utérus de cette patiente, visualisé par échographie, semblait indemne de léiomyome. Une colique néphrétique semblait aussi peu probable comme la pyélonéphrite. La grossesse ectopique était elle aussi éliminée (le dosage du taux de HCG se révélera négatif). La salpingite et une pelvipéritonite avec abcès du cul-de-sac de Douglas étaient aussi éliminées. Les diagnostics de subtorsion ou torsion tubaire isolée (TTI) n'étaient pas retenus car leurs manifestations cliniques débutent rarement ainsi. Ces entités se manifestent le plus souvent par un tableau clinique subaigu.

La cœlioscopie permet de rétablir le diagnostic et de traiter une torsion de fibrome pédiculé du ligament rond gauche ! Le pédicule mesure 1 cm de diamètre. Il est coagulé, puis sectionné, libérant un fibrome de 12 cm de diamètre. Une incision transversale suspubienne est pratiquée pour permettre

d'extraire la masse. Les annexes sont normales. Les suites opératoires sont simples et la patiente quitte le service à J4. L'analyse anatomo-pathologique confirme le caractère fibromateux de cette masse.

### Deuxième cas clinique

Une cœlioscopie est pratiquée et permet de constater la présence de deux ovaires strictement normaux, comme la trompe gauche d'ailleurs. Il existe un épanchement séro-sanglant, modéré, au sein du cul-de-sac de Douglas et un kyste de 15 cm de diamètre au-dessus de l'ovaire droit. La portion proximale de la trompe n'est pas tordue mais ischémisée (une strie d'étranglement est visible). Ensuite, la trompe présente une lumière énormément dilatée formant le kyste visualisé. Au niveau de son pôle inférieur existe un kyste vestigial de 2 cm de diamètre. La masse se termine par la frange de Richard sur la portion distale. Au niveau du ligament utéro-ovarien homolatéral existe une strie d'étranglement, mais l'ovaire n'est pas ischémisé. Devant cet aspect kystique et non fonctionnel de la trompe de Fallope droite qui fait plus de 15 cm, une salpingectomie est pratiquée. Les suites opératoires sont simples et la patiente quitte le service à J2. L'analyse anatomo-pathologique confirme le diagnostic de TTI. La lumière tubaire forme le kyste. Juste sous cette trompe dilatée existe un kyste séreux vestigial paratubaire de 2 cm de diamètre.

## Discussion

Chez les femmes, les torsions d'annexe représentent le cinquième motif de consultations gynécologiques en urgence [1-3]. La torsion annexielle aiguë se manifeste par une douleur pelvienne intense, alors que les formes subaiguës se manifestent par des représentations cliniques non spécifiques et très variables allant de la vague douleur répétitive pelvienne ou du bas quadrant abdominal en passant par des nausées ou des vomissements [3]. Le diagnostic sera aidé par l'analyse échographique et le Doppler [4]. Quand une torsion annexielle est évoquée, le diagnostic sous-entendu est celui de torsion sur kyste de l'ovaire. Or nos deux observations montrent que l'ovaire n'est pas systématiquement impliqué dans ce processus.

### A propos du premier cas clinique

- **Le fibrome est une tumeur conjonctive bénigne**, développée aux dépens du tissu musculaire lisse utérin. Affectant

40 % des femmes de plus de 35 ans, de découverte souvent fortuite ou tardive par compression des organes de voisinage ou par ménorragies, les fibromes se localisent sur tout le statut gynécologique, créant des morphologies utérines diverses. Ils ont un aspect échographique hyperéchogène produisant une atténuation des ultrasons [5].

- **L'échographie** par voie endovaginale est fiable pour ces lésions de petite taille, d'échogénicité proche de l'endomètre [6, 7]. La voie suspubienne est préférée pour les fibromes de grande taille et montre une lésion peu vascularisée au Doppler couleur. Des calcifications sont fréquentes. Parfois apparaissent des fibromes pédiculés pouvant se tordre et à l'origine d'une symptomatologie confondue avec une nécrobiose aseptique, une torsion annexielle, voire avec les torsions des exceptionnels fibromes du côlon qui sont des lésions survenant le plus souvent entre 45 et 55 ans [8]. Hasmonai a ainsi décrit une

observation de torsion d'un fibrome pédiculé mésentérique [6]. Une revue de la littérature montre que les observations de torsion de fibrome pédiculé sont rares [7]. Le diagnostic est souvent manqué car on les confond avec des tumeurs ovariennes. Les symptômes de cette entité clinique ressemblent à ceux de la torsion annexielle, mais plutôt sous forme subaiguë. Ces tumeurs, en effet, se manifestent rarement par un tableau aigu [7]. Le scanner et l'IRM seront utiles pour faire le diagnostic explorateur en cas de douleur subaiguë, mais, en cas de douleur aiguë, l'exploration chirurgicale immédiate sera impérative, le plus souvent par cœlioscopie [8].

● **Les localisations fibromateuses sur le ligament rond (LR)** sont rarissimes et les complications éventuelles encore plus exceptionnelles.

Le LR est formé de tissus fibreux et musculaire, mais des éléments embryonnaires peuvent être retrouvés [9]. Il naît au niveau des angles latéraux de l'utérus, juste en dessous et en avant de l'insertion proximale des trompes. Il se dirige en avant et en dehors soulevant le feuillet antérieur du ligament large. Après avoir croisé les vaisseaux et le nerf obturateur, puis les vaisseaux iliaques externes, il s'engage dans l'orifice profond du canal inguinal ou canal de Nück. Au niveau de son orifice externe, il se divise en plusieurs faisceaux se terminant au niveau du mont de Vénus et de la grande lèvres [9]. Le LR participe au maintien de l'antéversion du corps utérin sur le col.

Le LR est donc constitué d'un segment intra-péritonéal et d'un segment extra-pelvien séparés par le canal inguinal. Il peut être le siège de tumeurs intra-pelviennes (intra- ou extra-péritonéale) et extra-pelviennes [10].

● **Macroscopiquement**, ces tumeurs du LR, de taille variable, peuvent être solides ou kystiques. La tumeur est le plus souvent unique et unilatérale.

L'analyse anatomo-pathologique retrouve essentiellement des **formes bénignes** :

- les kystes mésothéliaux : les formes extra-pelviennes sont difficiles à distinguer cliniquement d'une hernie qui est parfois associée,
- les fibromyomes sont les tumeurs les plus fréquentes, prenant naissance sur toute la portion du LR,
- des endométriomes peuvent se voir exceptionnellement, mais essentiellement sur sa portion extra-pelvienne. Dans ce cas, des hernies inguinales sont fréquemment associées,
- quelques cas de mésoenchymomes sont décrits, formes endopelviennes bénignes et des tumeurs kystiques peuvent

se voir comme des tumeurs séreuses, mucoïdes, voire dermoïdes, provenant de résidus embryonnaires.

Par contre, les **tumeurs malignes** du LR sont rarissimes. Les formes primitives sont exceptionnelles (sarcome, fibrosarcome, rhabdomyosarcome) et les formes secondaires encore plus rares, mais à différencier des adénopathies métastatiques.

● **Les signes cliniques des fibromes** du LR ne sont pas caractéristiques, car les manifestations dépendent du siège et de la taille du fibrome [9, 10] :

>>> **Les fibromes extra-pelviens** du LR sont perçus au niveau du creux inguinal. La patiente consulte pour une gêne inguinale ou pour l'apparition d'une tuméfaction pseudo-herniaire inguinale ou de la grande lèvres. Le diagnostic différentiel sera parfois difficile avec les kystes sébacés et de la grande lèvres de Bartholin. Cependant, ces lésions sont théoriquement non réductibles et impulsives à la toux, mais ces caractéristiques sémiologiques peuvent manquer et faire errer le diagnostic. Une adénopathie ou un anévrisme chez une patiente âgée seront aussi évoqués.

>>> **Les fibromes intra-pelviens** évoquent une tumeur du ligament large :

- les fibromes intra-péritonéaux se signalent uniquement lorsqu'ils sont de grande taille (compression vésicale ou rectale). L'examen retrouve une masse pelvienne ou abdomino-pelvienne peu mobile refoulant l'utérus. Le fibrome du LR se différencie difficilement d'un fibrome utérin pédiculé ou du ligament large [9, 10],
- les fibromes extra-péritonéaux peuvent entraîner une compression des vaisseaux iliaques et des œdèmes des membres inférieurs.

Cependant, en cas de fibrome du LR, une sensation de tension dans la région inguinale est déclenchée par le déplacement de la tumeur lors de l'examen bimanuel (signe de Kleinwachter) [9, 10]. Néanmoins, dans la majorité des tumeurs intra-pelviennes, le diagnostic est affirmé au cours de l'intervention chirurgicale.

Parmi les signes cliniques, la torsion d'un fibrome pédiculé du LR est exceptionnellement décrite. En effet, classiquement, les complications peuvent être aussi la nécrobiose aseptique, qui peut parfois s'abcéder, les phlébites et les thrombophlébites de voisinage. Par ailleurs, ces tumeurs peuvent se détacher comme l'a souligné Pissas et migrer

dans la cavité abdominale [11]. Les transformations en sarcome utérin ou en lésion “border line” sont rarissimes.

● En cas de manifestation aiguë, **le diagnostic** sera fait lors de l’acte chirurgical [12]. En cas de manifestation subaiguë, une échographie de débrouillage précisera la nature liquidienne ou solide tumorale. Lorsqu’il est normal, le LR est mieux visible en tomодensitométrie qu’en IRM. Lorsqu’une pathologie est présente, ces deux examens combinés affineront le diagnostic et permettront l’étude des rapports avec les organes de voisinage.

● **Le traitement** sera chirurgical par l’exérèse complète de la lésion. Les tumeurs endopelviennes seront abordées et traitées comme les tumeurs du ligament large.

### A propos du deuxième cas clinique

Dans un numéro de cette revue [12], nous décrivions une observation de TTI chez une jeune fille. Nous faisons ensuite un rappel sur cette rare pathologie dont les facteurs favorisants sont :

## Conclusion

Devant toute suspicion clinique de torsion annexielle, la torsion sur kyste ovarien est l’hypothèse retenue initialement. Cependant, il ne faut pas négliger d’autres diagnostics comme les torsions de fibromes pédiculés dont les localisa-

- les hydrosalpinx séquelles de processus inflammatoires divers,
- les règles et la grossesse par congestion pelvienne,
- un mésosalpinx anormalement long,
- un antécédent de chirurgie tubaire favorisant la constitution d’hydrosalpinx, ainsi que la ligature de trompe,
- les masses ovariennes et para-ovariennes.

Concernant ce nouveau cas, deux hypothèses peuvent expliquer la présence de cet énorme kyste de la lumière tubaire :

>>> **Première hypothèse** : le kyste paratubaire vestigial était certainement à l’origine d’épisode de subtorsion avec constitution progressive d’un œdème, puis d’une dilatation de la lumière tubaire. Cette masse kystique s’est ensuite tordue à l’origine de la symptomatologie permettant sa découverte [12].

>>> **Seconde hypothèse** : la préexistence d’une mégatrompe avec mésosalpinx anormalement long est un facteur favorisant de TTI. Cependant, ces anomalies sont habituellement bilatérales.

tions sont parfois aberrantes, mais surtout les TTI qui se manifestent souvent sur le mode subaigu et dont le diagnostic n’est pour ainsi dire jamais fait à temps pour sauver la trompe affectée par le processus de torsion. ■

## 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 : 501-4.
2. CUILIER F. A propos de cinq cas de subtorsion de trompe. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2002 ; 31 : 755-64.
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*, 2002 ; 20 : 96-7.
4. ZUCCON W, CAPUTO P, FACCINI M, GAMBINI D, BONANDRINI L. Gynaecological pelvic mass. Emergency clinical assessment. *Minerva Chir*, 2002 ; 57 : 673-82.
5. STEPHENSON WM, LAING FC. Sonography of ovarian fibromas. *AJR Am J Roentgenol*, 1985 ; 144 : 1239-40.
6. HASHMONAI M, HAMPEL N, AUSLAENDER L, SCHRAMEK A. Acute abdomen due to torsion of a pedunculated mesenteric fibroma. *Surgery*, 1975 ; 78 : 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 : 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 : 48-9.
9. BOUVET F, TAURELLE R. Tumeurs du ligament large et du ligament rond. *Encycl Med Chir Paris, Gynecologie*, 1977.
10. LEBLANC E, LANVIN D. Tumeurs du ligament large et du ligament rond. *Encycl Med Chir, (Elsevier, Paris), Gynecologie*, 1977.
11. PISSA 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 : 258-62.
12. CUILIER F, SOMMER JC. Cas clinique. *Realites en Gynecol Obstet*, 2000 ; 51 : 37-8.