Health Sciences & Disease
The Journal of Medicine and Biomedical Sciences

Cas Clinique

Péritonite Secondaire à la Torsion d'un Kyste Dermoïde Ovarien : Une Présentation Atypique chez une Jeune Femme

Peritonitis Secondary to Torsion of an Ovarian Dermoid Cyst: An Atypical Presentation in a Young Woman

Atangana Paterson[1*], Dikongue Audrey[1] , Akoa Manga Ismael[1], Etobe Cécile[1] , Bobigogon Max Williame[1] , Baleguel Balep Andy Rayan[1] , Dikongue Caroline[1] , Fossi Kamga Gacelle[1, 2], Mbouche Landry Oriole[1, 2] , Mouafo Tambo Faustin[1, 2]

Affiliations des auteurs
1. Département de Chirurgie et Spécialités de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I
2. Service de Chirurgie de l'Hopital Gynéco-obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé

***Auteur correspondant :** Atangana Cédric Paterson, Département de Chirurgie et Spécialités de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I (Cameroun). Email : atanganapaterson@gmail.com; Téléphone : +237698137320

Mots clés : kyste dermoïde, complications, torsion, péritonite
Key words: dermoid cyst, complications, torsion, peritonitis

RÉSUMÉ

Les kystes dermoïdes sont des formations tumorales bénignes, de croissance lente, d'origine congénitale, résultant de l'inclusion aberrante d'éléments ectodermiques lors de la fermeture du tube neural, entre la 3e et la 5e semaine du développement embryonnaire. Ils sont le plus souvent asymptomatiques mais peuvent se révéler par des complications telles que la torsion, la rupture, l'infection, l'hémorragie et la dégénérescence maligne. La rupture complète est un évènement rare à l'origine d'une péritonite. Nous rapportons un cas de prise en charge d'une péritonite chimique secondaire à la torsion d'un kyste dermoïde non rompu chez une jeune femme.

ABSTRACT

Dermoid cysts are benign, slow-growing tumoral formations of congenital origin, resulting from the aberrant inclusion of ectodermal elements during neural tube closure, between the 3rd and 5th weeks of embryonic development. They are usually asymptomatic, but can lead to complications such as torsion, rupture, infection, haemorrhage and malignant degeneration. Complete rupture is a rare event leading to peritonitis. We report on the management of chemical peritonitis secondary to torsion of an unruptured dermoid cyst in a young woman.

INTRODUCTION

Les kystes dermoïdes (KD) sont des formations tumorales bénignes, de croissance lente, presque toujours d'origine congénitale, résultant de l'inclusion aberrante d'éléments ectodermiques lors de la fermeture du tube neural, entre la 3e et la 5e semaine du développement embryonnaire [1]. Ils se développent majoritairement au niveau de la tête et du cou. Les localisations ovariennes et spinales sont rares. Concernant la localisation ovarienne, elle est le plus souvent retrouvée chez les femmes en âge de procréer et représente 5 à 25% des tumeurs ovariennes [2]. Les KD sont généralement asymptomatiques, mais peuvent être diagnostiqués au cours des complications au rang desquelles l'infection, l'hémorragie, la torsion annexielle, la rupture et la dégénérescence maligne [3]. Si le tableau de péritonite aigue généralisée est retrouvé après une rupture du kyste, il n'est pas classique qu'une torsion annexielle se révèle sous cette présentation clinique. Le but de cet article est de présenter l'évolution de la torsion d'un kyste dermoïde vers un tableau de péritonite en l'absence de nécrose Kystique. Nous rapportons le cas d'une patiente de 25 ans prise en charge dans le Service de Chirurgie de l'Hopital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (l'HGOPY) pour péritonite secondaire à la torsion d'un kyste dermoïde non rompu.

PRÉSENTATION DU CAS

Il s'agit d'une patiente de 25 ans, commerçante, mariée, admise à l'HGOPY pour douleur abdominale. En effet, dix jours avant son admission, elle avait présenté une douleur abdominale localisée à la fosse iliaque droite à type de torsion, d'intensité 8/10 selon l'échelle numérique, évoluant initialement de façon intermittente et sans trouble du transit ni fièvre. Elle signalait 3 à 4 épisodes douloureux par jour de 30 à 45 minutes de durée. Ces épisodes étaient calmés par la prise d'antalgiques. Cinq jours plus tard, la douleur était devenue permanente, intéressait le bas de l'abdomen et s'est secondairement généralisée à tout l'abdomen. Elle était associée à une fièvre, un arrêt de matières et de gaz et des vomissements. La persistance de douleur diffuse à tout l'abdomen motivait la consultation dans notre centre. Dans ses antécédents, on retrouvait un zona intercostal survenu il y'a 5 ans et pris en charge par application des produits de la pharmacopée traditionnelle. A l'examen physique, elle présentait un état général altéré. Les paramètres vitaux révélaient une pression artérielle à 118/60 mmHg, une

Copyright © 2023. The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

fréquence cardiaque à 102 battements par minute, une fréquence respiratoire à 32 cycles par minute et une température à 40°C. L'abdomen était distendu, mobile à la respiration et la circonférence abdominale était de 90 cm. On retrouvait une cicatrice au niveau des dermatomes T7-T8 (figure 1).

Figure 1 : séquelles d'un zona au niveau de l'abdomen

Il y'avait une défense abdominale diffuse et plus importante à la fosse iliaque droite associée à un cri ombilic. La sonorité abdominale était normale et les bruits du péristaltisme étaient rares. Le toucher vaginal et le toucher rectal retrouvaient un cul de sac de Douglas sensible et non bombé. L'examen des autres appareils n'a pas révélé d'anomalie. Le diagnostic était une péritonite aigue généralisée d'origine appendiculaire ou gynécologique**.** Sur le plan paraclinique, une échographie abdomino pelvienne avait été réalisée. Elle a mis en évidence une formation complexe au sein de l'ovaire droit mesurant 4x3 cm, composée d'un pôle liquidien et d'un pôle tissulaire (Figure 2), sans signe de torsion et un épanchement pelvien d'environ 30 cc.

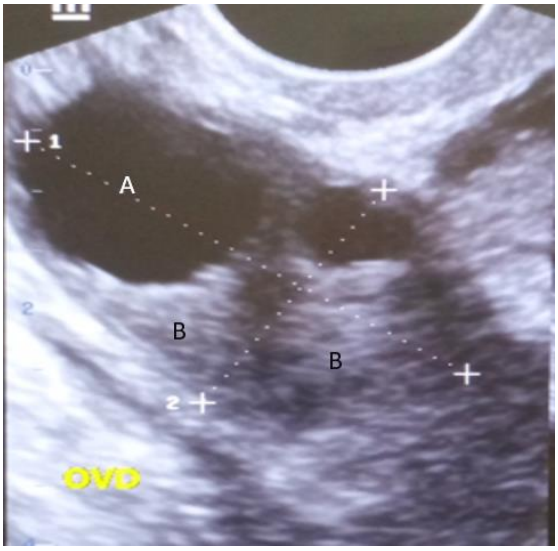

Figure 2 : Aspect échographique de l'ovaire droit. A : pole liquidien ; B : pole tissulaire

La numération formule sanguine (NFS) retrouvait une hyperleucocytose à 15200/mm3 associée à une anémie légère à 11g/dl. Le taux de plaquettes était normal. La C Reactiv Protein (CRP) était de 96 mg/L. Le reste du bilan préopératoire retrouvait un taux de prothrombine était de 100% et le temps de Céphaline kaolin était de 30 secondes. L'évaluation pré anesthésique avait classé la patiente ASA I et Altemeir 4.

La prise en charge a consisté en une courte réanimation, l'administration d'antibiotiques fait de Ceftriaxone, de Métronidazole et de Gentamicine. L'association Tramadol et Paracetamol avait été utilisée pour soulager la douleur. Une laparotomie avait été réalisée au bloc opératoire sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale. L'abord médian sous-ombilical avait été réalisé. Les découvertes opératoires étaient un kyste ovarien gauche en torsion, non sphacélé mesurant environ 6 cm de grand axe (Figure 3). L'appendice et les dernières anses iléales étaient macroscopiquement normaux. Après résection, le kyste avait un contenu noiratre (Figure 4).

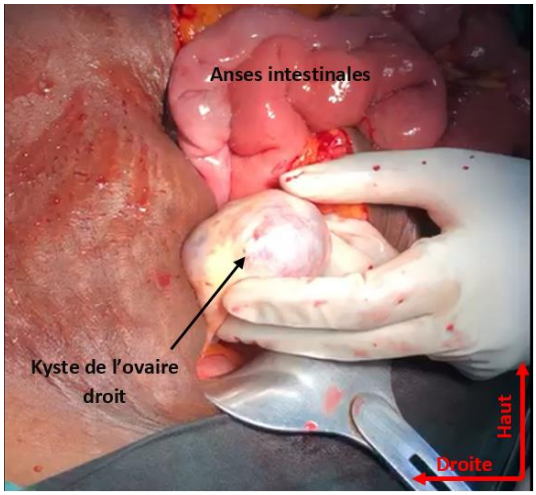

Figure 3 : Découvertes opératoires

Figure 4 : Aspect du kyste après résection Aspect chevelu du contenu du kyste

Les gestes ont consisté en une exérèse complète du kyste associée à une toilette abdominale au sérum physiologique suivies de la fermeture de la paroi abdominale. Les soins post-opératoires ont consisté à la poursuite de la réanimation, d'antibiotiques, d'antalgiques et la prévention de la maladie thromboembolique à l'aide de l'Enoxaparine. Les suites opératoires ont été marquées par

Copyright © 2023. The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

l'absence des vomissements dès la sortie du bloc, l'apyrexie au 2e jour post-opératoire, la diminution progressive de la douleur abdominale jusqu'amendement au 5e jour post-opératoire et la reprise du transit au 3e jour post-opératoire. Le retour à domicile a été fait au 5e jour post-opératoire et les visites ultérieures parmi lesquelles la dernière faite au 21e jour post-opératoire n'a pas retrouvé d'anomalies. A l'examen d'anatomie pathologique, sur le plan macroscopique le contenue du kyste était composé de cheveux. L'analyse du kyste était en faveur d'un kyste dermoïde sans signe de malignité.

DISCUSSION

Les kystes dermoïdes sont le plus souvent diagnostiqués chez les femmes en âge de procréer, généralement après la période menstruelle et sont le plus souvent localisés à droite [2,4]. Toutefois, ils peuvent être diagnostiqués chez l'enfant ou la femme ménopausée [5,6]. C'est le cas de notre patiente qui était âgée de 25 ans qui présentait un kyste était localisé à droite. Sa douleur pelvienne avait débuté juste après ses règles. Les circonstances de découvertes des KD sont multiples. Dans 50 à 60% des cas, ils sont asymptomatiques et découverts de façon fortuite lors d'un examen clinique ou une échographie [5]. Les KD peuvent également être diagnostiqués au cours d'une complication. Ces complications sont dominées par la torsion annexielle (15%), la rupture (1,3%), l'infection (1-2%) et rarement l'hémorragie et la dégénérescence maligne [3,6]. En cas de complication, la douleur est la manifestation clinique la plus fréquente (89,9%). D'autres symptômes tels que les nausées, les vomissements peuvent également être présents en cas de complication des KD [4]. S'agissant de notre patiente, elle présentait des douleurs abdominales, des vomissements, un arrêt de matières et de gaz la fièvre. La douleur initialement localisée au niveau de la fosse iliaque droite traduisait une complication du kyste. Dans notre cas, il s'agissait d'une torsion du kyste. La douleur à la fosse iliaque droite qui s'est secondairement généralisée à tout l'abdomen associée à un trouble du transit et la fièvre indiquait le caractère évolutif de la torsion du KD vers un tableau d'abdomen aigu. La défense abdominale diffuse, le cri de l'ombilic et la sensibilité du Douglas au toucher vaginal et au toucher rectal était en faveur du diagnostic de péritonite**.** Concernant la paraclinique, l'association échographie et marqueurs tumoraux (CA 19-9 et accessoirement le CA 125) améliore les performances diagnostiques des KD [7]. L'échographie abdomino-pelvienne de notre patiente avait mis en évidence une formation complexe au sein de l'ovaire droit mesurant 4x3 cm, composée d'un pôle liquidien et d'un pôle tissulaire. Le diagnostic de kyste dermoïde ou de torsion annexielle n'avait pas été posé par l'échographie probablement parce que cet examen est opérateur dépendant. La présentation en urgence n'avait pas permis le dosage des marqueurs tumoraux. Sur le plan biologique, la patiente présentait une hyperleucocytose à prédominance neutrophile et une CRP élevée, suggérant une complication d'origine infectieuse plutôt qu'ischémique. Dhobale et al n'avaient pas retrouvé de syndrome inflammatoire biologique au cours de la torsion d'un KD chez une femme gravide [8]. Par contre, Mattuizzi et al avaient rapporté un syndrome inflammatoire biologique dès le 3ème jour d'évolution d'une torsion d'annexe [9]. Notre patiente n'était pas gravide et s'était présenté dans notre Centre 10 jours après le début des symptômes, ceci peut expliquer le syndrome inflammatoire biologique. Ainsi, la torsion comme ''primum movens'' ne pouvait être écartée comme complication première du KD. Toutefois, la péritonite comme complication d'un KD est le plus souvent chimique et secondaire à la rupture intrapéritonéale du contenu kystique entrainant un syndrome inflammatoire [10,11]. LA présentation clinique de péritonite aigue généralisée associée au syndrome inflammatoire biologique chez la patiente pouvait s'expliquer par des épisodes de torsion répétitives depuis le début des symptômes qui auraient fissurés la paroi kystique à l'origine de l'écoulement d'une partie du contenu liquidien dans la cavité abdominale entrainant l'irritation chimique de la cavité abdominale. Les facteurs de risque torsion annexielle en cas de KD de l'ovaire retrouvés par Rabinovich al étaient l'âge jeune (28 ans) et la localisation à droite [4]. Il ne retrouvait pas de différence significative entre le risque de survenue de torsion et les kystes de petite taille (diamètre ≤ 55 mm), les kystes de taille moyenne (60-90 mm) et les kyste de grande taille (≥ 100 mm) [4]. L'âge jeune de notre patiente et la localisation à droite auraient été les facteurs de risque de torsion. Notre patiente s'était présentée dans un tableau de péritonite aigue généralisée. La rupture d'un kyste dermoïde peut être à l'origine d'une péritonite chimique [12]. Il existe une corrélation entre la taille du kyste et le risque de rupture. Ainsi, le risque de rupture est plus important pour des KD ≥ 60 mm de diamètre [3]. Toutefois, sur le plan macroscopique, le kyste de la patiente n'était pas rompu. Le tableau de péritonite aurait eu comme origine des épisodes répétitifs de torsion-détorsion qui auraient contribué à fissurer la paroi kystique. Ces fissurations auraient permis la diffusion progressive du contenu kystique dans la cavité abdominale. Ceci pourrait expliquer le syndrome d'irritation péritonéal, le syndrome inflammatoire clinique et biologique et l'absence d'épanchement péritonéal important en peropératoire.

Du point de vue thérapeutique, l'exérèse des KD peut se faire par laparotomie ou par laparoscopie. La laparoscopie présente de nombreux avantages parmi lesquelles la réduction des pertes sanguines peropératoires, du séjour hospitalier, de la douleur post-opératoire. Les fièvres post-opératoires et l'iléus paralytique ont également une incidence faible après la laparoscopie d'après Morgante et al [2]. Toutefois, Rubod et al avaient rapporté la survenue d'une péritonite chimique une semaine après la résection par laparoscopique des kystes dermoïdes bilatéraux [10]. En l'absence de cœlioscopie, nous avons procédé en une laparotomie en urgence dont le but était d'éradiquer le foyer infectieux. La patiente n'a pas présenté de complications post-opératoires. La laparoscopie aurait apporté plus de confort à la patiente.

CONCLUSION

Les kystes dermoïdes sont les tumeurs ovariennes les plus fréquentes. Elles sont plus fréquentes chez la femme jeune

Copyright © 2023. The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

en âge de procréer. Ils sont le plus souvent asymptomatiques. En cas de complication, la présentation clinique est clinique est variable et le tableau de péritonite aigue généralisée peut être la conséquence des épisodes de torsion répétitives. L'échographie aide au diagnostic de la pathologie mais, du fait de son caractère ''opérateur dépendant'' le diagnostic peut faire au cours d'une laparotomie d'urgence dans les pays possédant un plateau technique limite. La laparoscopie est donc d'un apport important du point de vue diagnostique et thérapeutique chez une jeune femme présentant des douleurs pelviennes localisées. Elle pourrait prévenir l'évolution d'une simple torsion vers un tableau de péritonite chimique

RÉFÉRENCES

1. Mnakri H, Bouali S, Matar N, Yedeas MD, Ben Said I, Jemel H. Kyste dermoïde rompu : à propos d'un cas et revue de littérature. Neurochirurgie. 1 juin 2018;64(3):260.
2. Morgante G, Ditto A, la Marca A, Trotta V, De Leo V. Surgical treatment of ovarian dermoid cysts. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1 oct 1998;81(1):47-50.
3. Agboola AA, Uddin K, Taj S, Gopakumar G, Anigbo CL, Nasir H, et al. Dermoid Cyst Spillage Resulting in Chemical Peritonitis: A Case Report and Literature Review. Cureus [Internet]. Cureus; 14 sept 2022 [cité 7 juill 2023];14(9). Disponible sur: https://www.cureus.com/articles/114830-dermoid-cyst-spillage-resulting-in-chemical-peritonitis-a-case-report-and-literature-review
4. Rabinovich I, Pekar-Zlotin M, Bliman-Tal Y, Melcer Y, Vaknin Z, Smorgick N. Dermoid cysts causing adnexal torsion: What are the risk factors? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1 août 2020;251:20-2.
5. Moussa B, Barnabe YR, Valentin K, Luc BJ, Zakari N, Boubacar N. Dermoid Ovarian Cyst Complicated with Torsion in a Girl of 11 Years Old at the Teaching Hospital Sanou Souro of Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): About an Observation and Review of the Literature. Open J Obstet Gynecol. Scientific Research Publishing; 7 mai 2019;9(5):691-7.
6. Fendri S, Rejab H, Trigui A, Abid B, Majdoub Y, Bouzid A, et al. Acute post-traumatic dermoid peritonitis: A rare entity. Clin Case Rep. 17 oct 2022;10(10):e6477.
7. Var T, Tonguc EA, Ugur M, Altinbas S, Tokmak A. Tumor markers panel and tumor size of ovarian dermoid tumors in reproductive age. Bratisl Lek Listy. 2012;113(2):95-8.
8. Dhobale AV, Kohale MG, Jha SV, Bankar NJ, Khatake P. A Case of Twisted Ovarian Dermoid Cyst During Pregnancy. Cureus. Jan 2023; 15(1): e33582
9. Mattuizzi A, Camberlein C, Coatleven F, Horovitz J. Torsion d'annexe saine et grossesse : à propos d'un cas. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. janv 2016;45(1):92-3.
10. Rubod C, Triboulet J-P, Vinatier D. Kyste dermoïde de l'ovaire compliqué d'une péritonite chimique. À propos d'un cas. Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 juill 2007;35(7):651-3.
11. Simillis C, Cribb E, Gurtovaya Y, Pawa N. Generalised purulent peritonitis and small bowel obstruction due to a spontaneously perforated ovarian dermoid cyst. BMJ Case Rep. 23 oct 2019;12(10):e231729.
12. Wang X, Li Y. Comparison of perioperative outcomes of single-port laparoscopy, three-port laparoscopy and conventional laparotomy in removing giant ovarian cysts larger than 15 cm. BMC Surg. 21 avr 2021;21(1):205.

Contacts des auteurs

Atangana Paterson[1*] (atanganapaterson@gmail.com)
Dikongue Audrey[1] (audreydikongue@yahoo.fr)
Akoa Manga Ismael[1] (ismaelakoa@yahoo.fr)
Etobe Cécile[1] (myriametobe@yahoo.fr)
Bobigogon Max Williame[1] (williamebobigogon@gmail.com)
Baleguel Balep Andy Rayan[1] (baleguelbalep@gmail.com)
Dikongue Caroline[1] (carolinedikongue2@gmail.com)
Fossi Kamga Gacelle[1, 2] (prettygfk@gmail.com)
Mbouche Landry Oriole[1, 2] (landrymbouche@gmail.com)
Mouafo Tambo Faustin[1, 2] (faustintambo@yahoo.fr)

Copyright © 2023. The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license