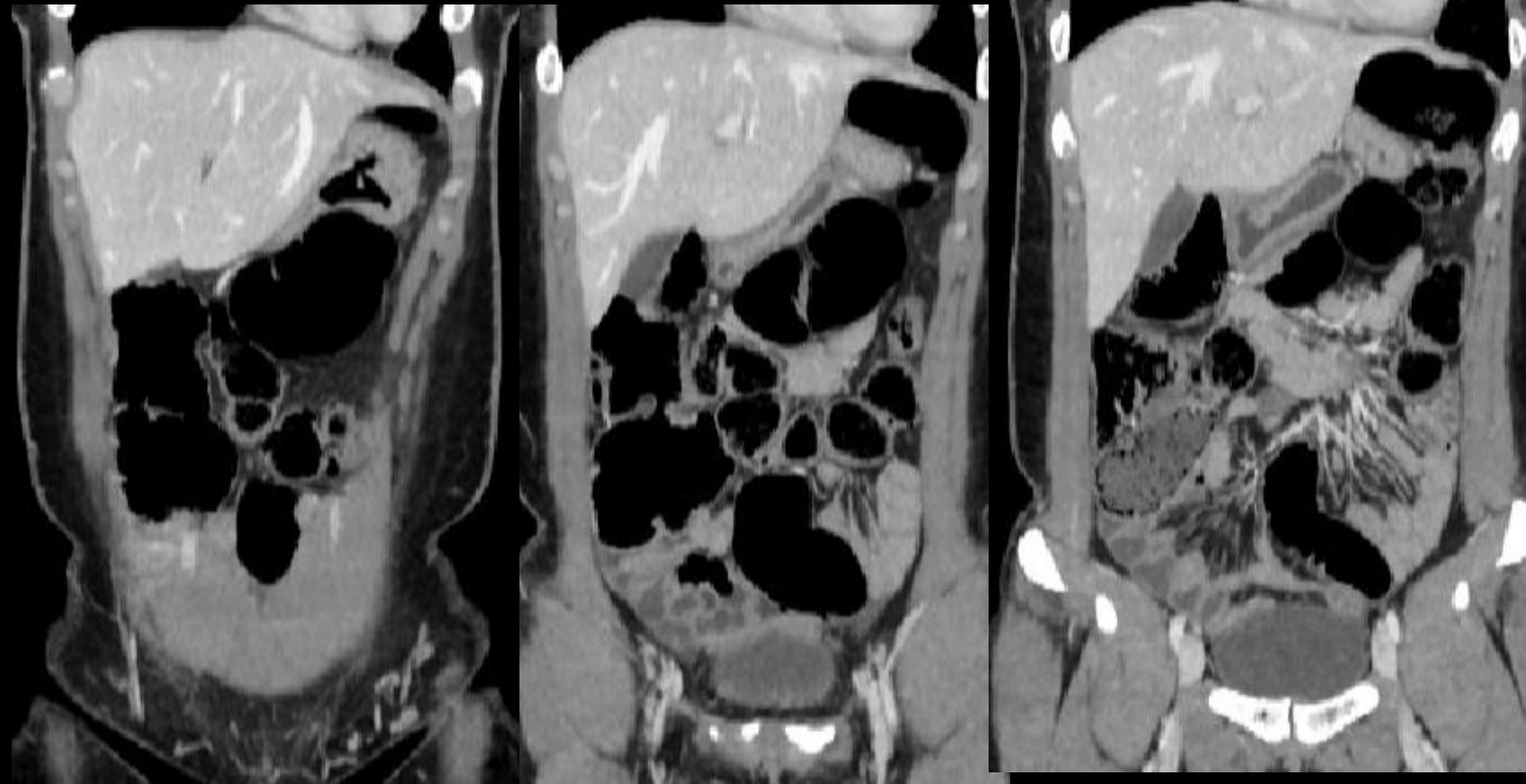
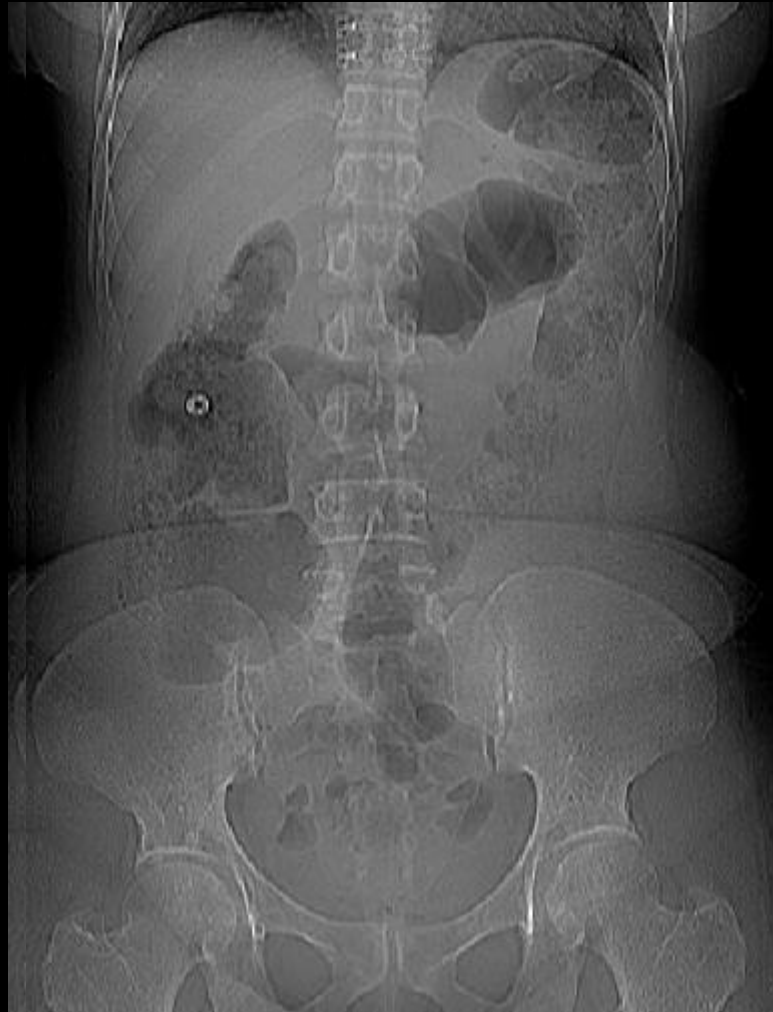
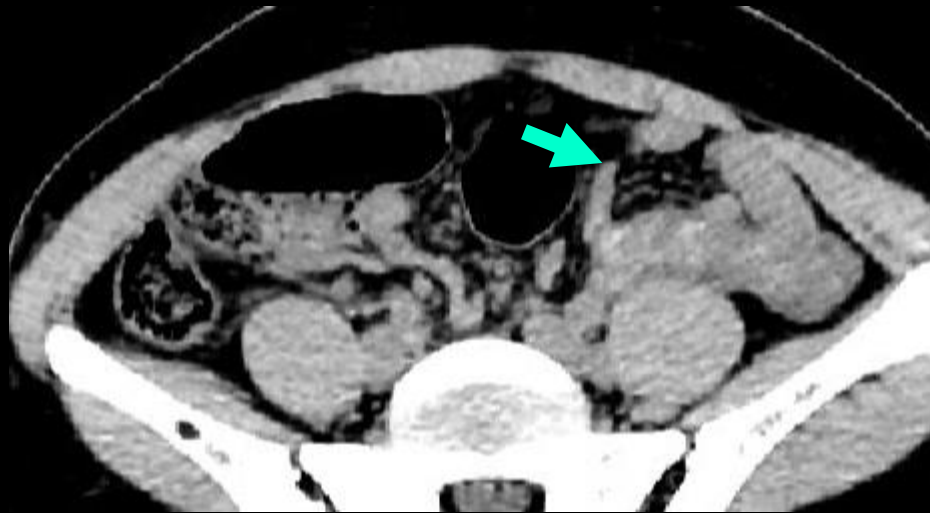
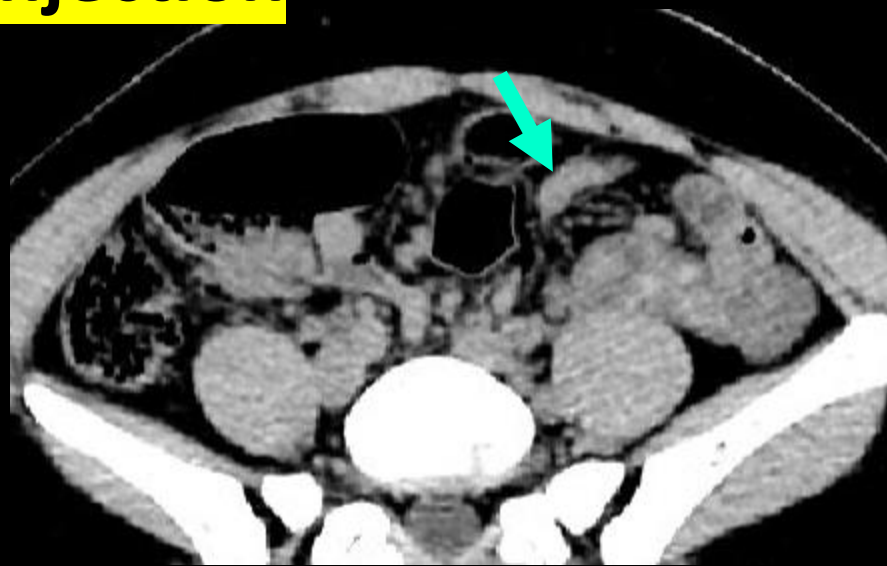
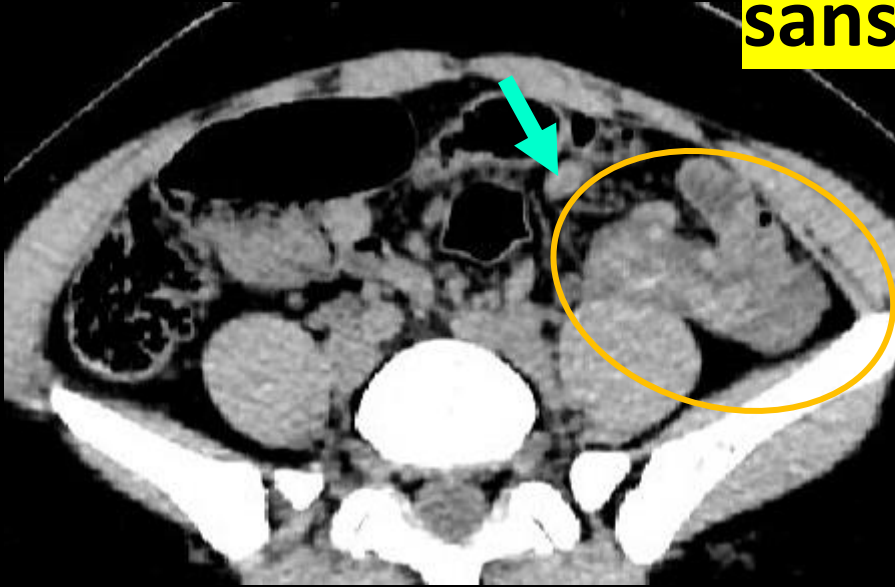


femme d'origine africaine, 40 ans, porteuse d'une hémophilie B, antécédent d' hystérectomie subtotale, avec conservation annexielle pour méno-métrorragies. Douleurs du flanc gauche à début brutal ,évoluant depuis une semaine . un bilan d'imagerie est pratiqué, qui montre les aspects suivants



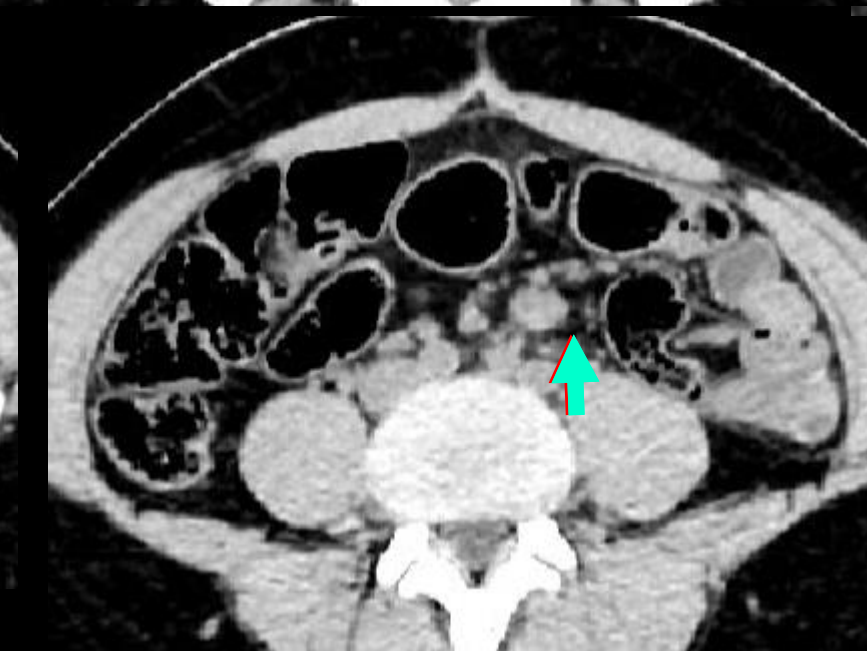
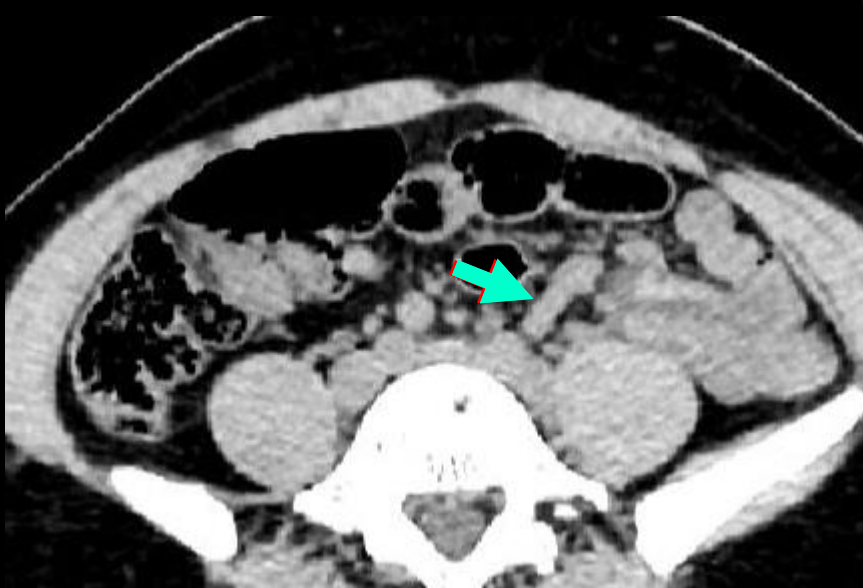
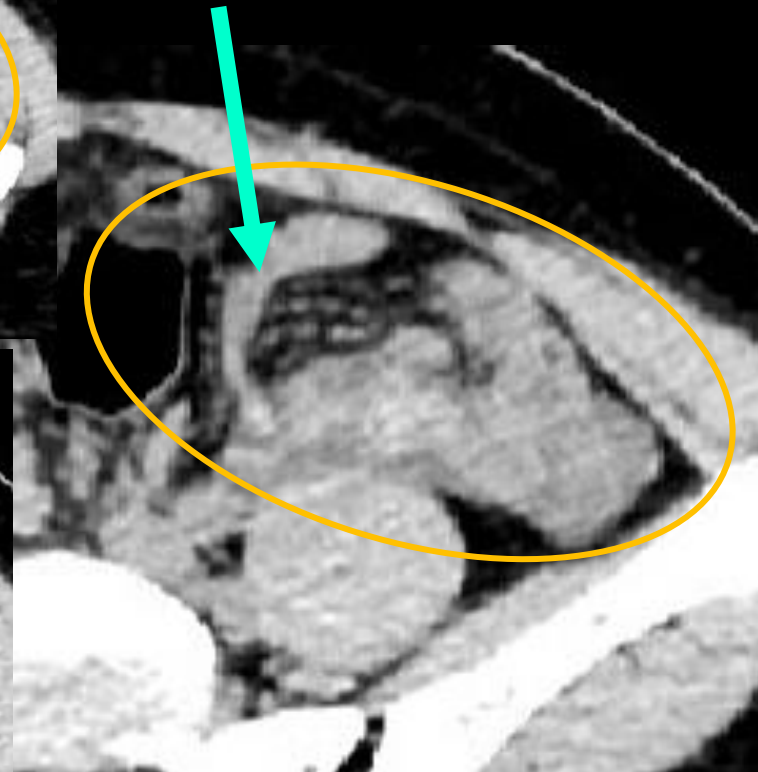
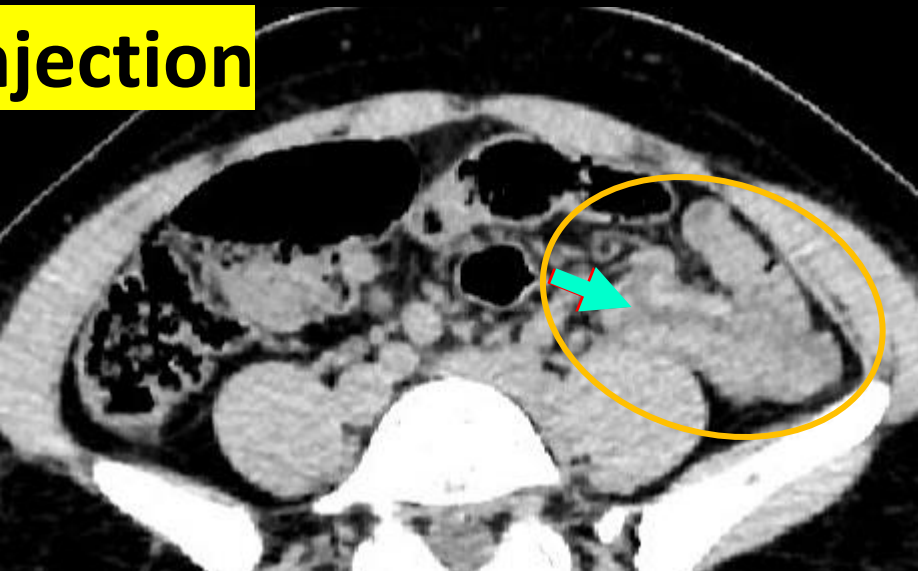
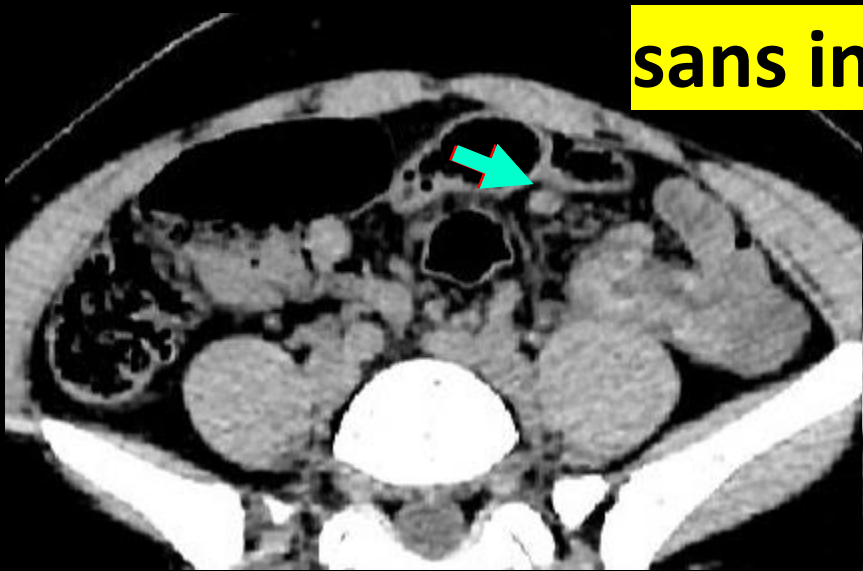
sans injection



masse dans la gouttière
pariëto-colique
,correspondant à la
zone douloureuse .
Multiples "spots"
spontanément
hyperdenses de taille
"centimétrique"

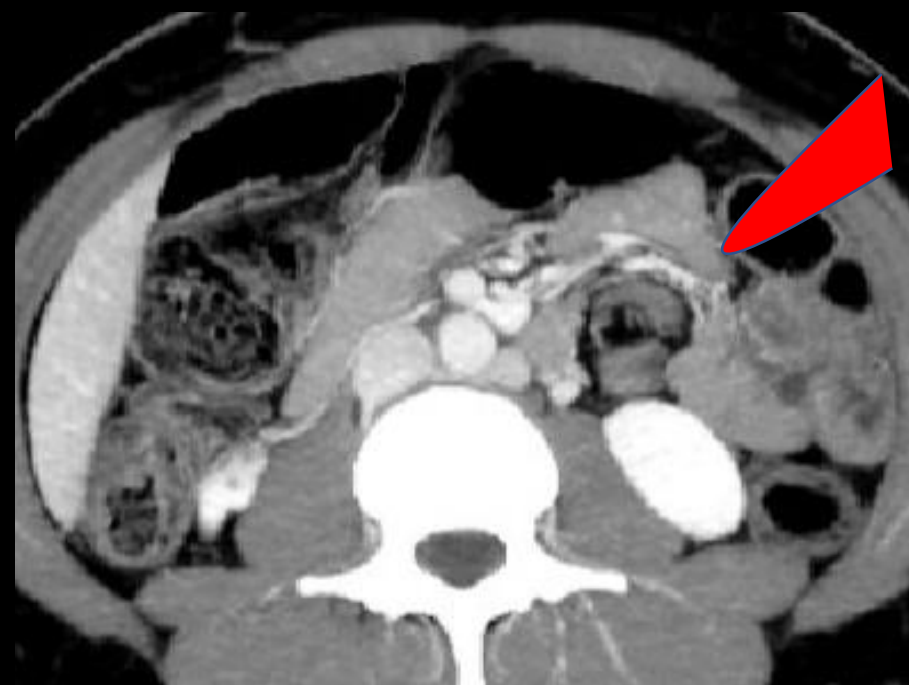
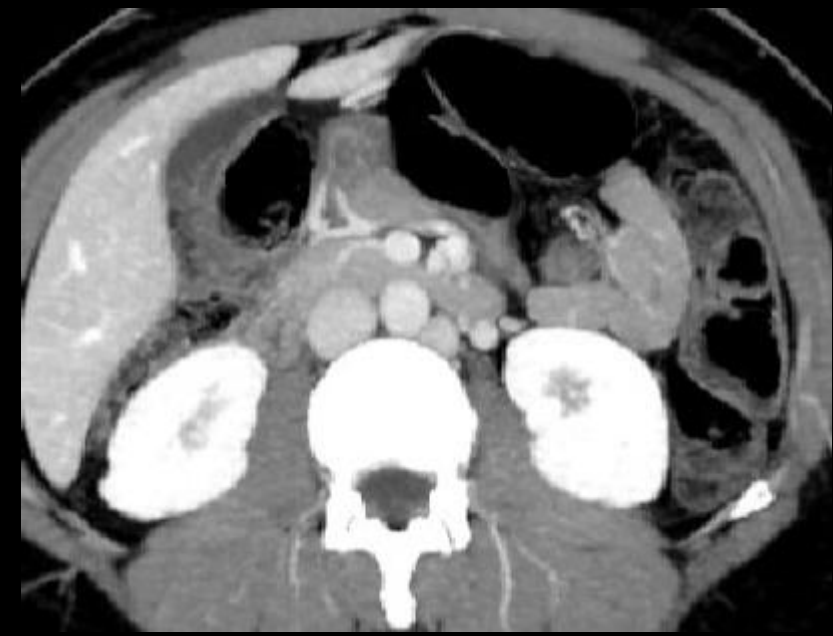
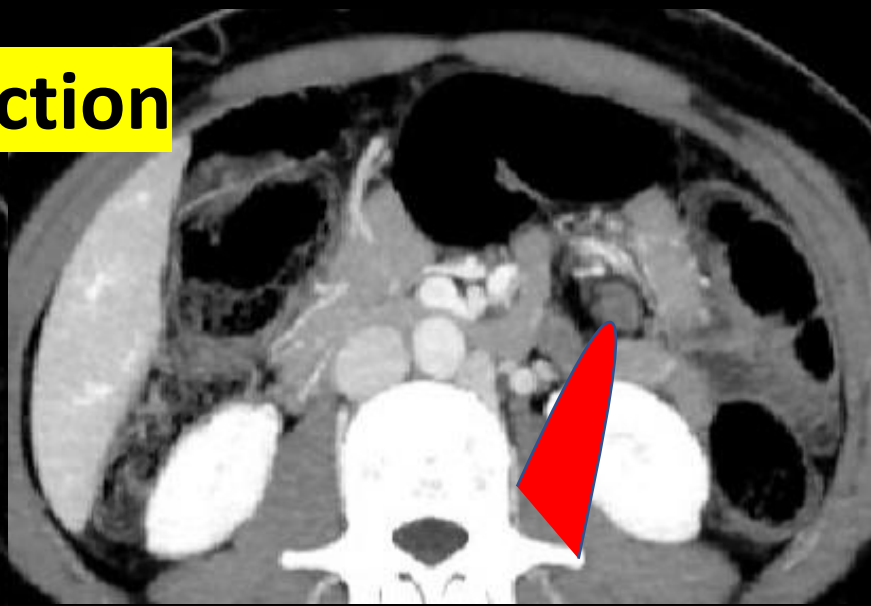
structure cordonale
spontanément
hyperdense implantée
au pôle inférieur de la
masse (flèche bleue)

sans injection





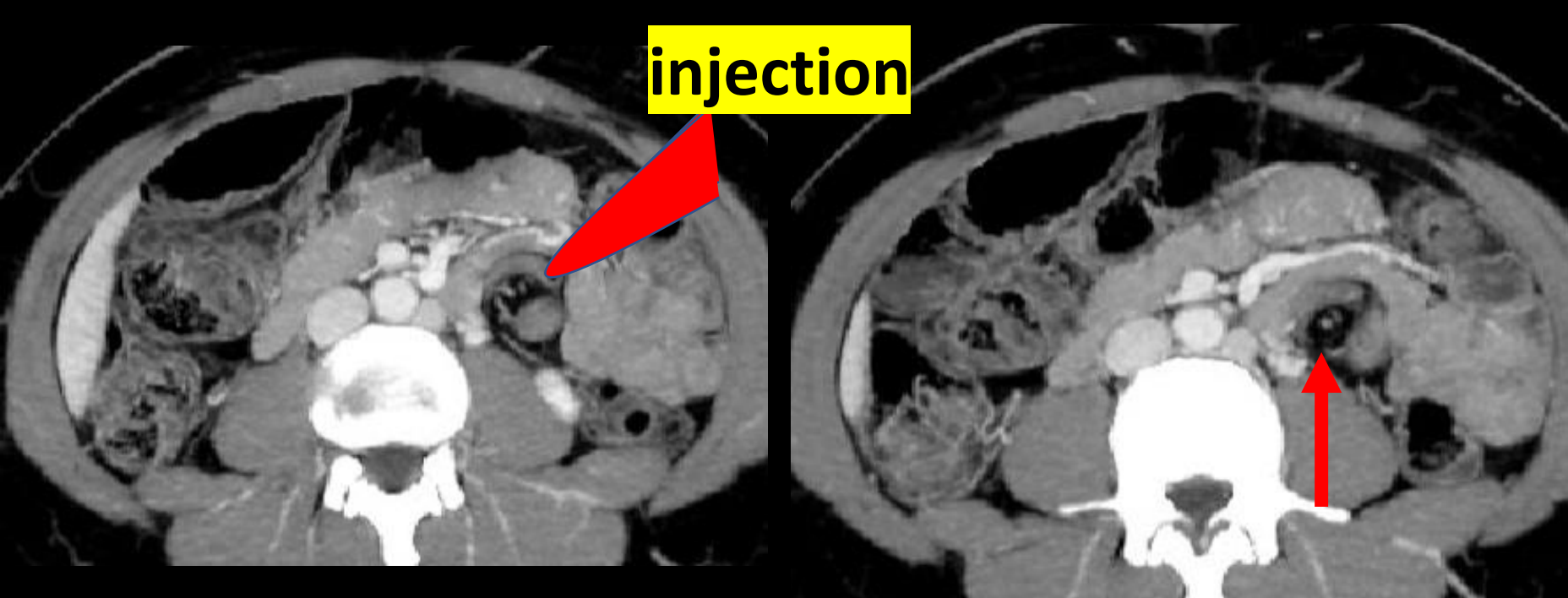
injection



,sur les coupes épaissies MIP
(10 à 25 mm) ,aspect
d'enroulement vasculaire (whirl
sign) à distance des vaisseaux
mésentériques , autour d'un axe
vasculaire qui ne peut être que

l'artère ovarique gauche

qui naît de la face antérieure de
l'aorte à hauteur du disque L2-
L3 et **descend sur la face
antérieure du ligament
suspenseur de l'ovaire**

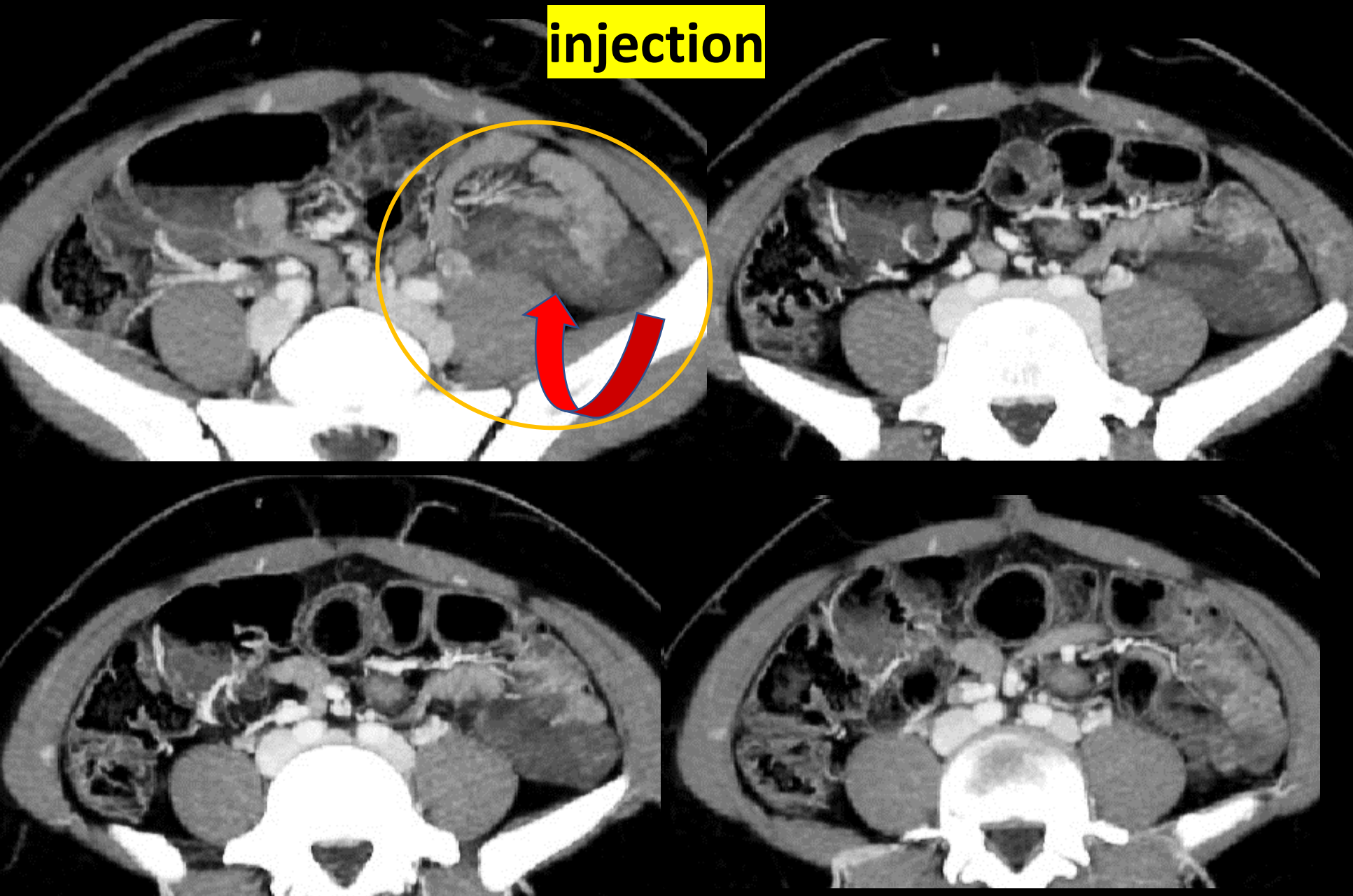


en descendant on
peut facilement
suivre

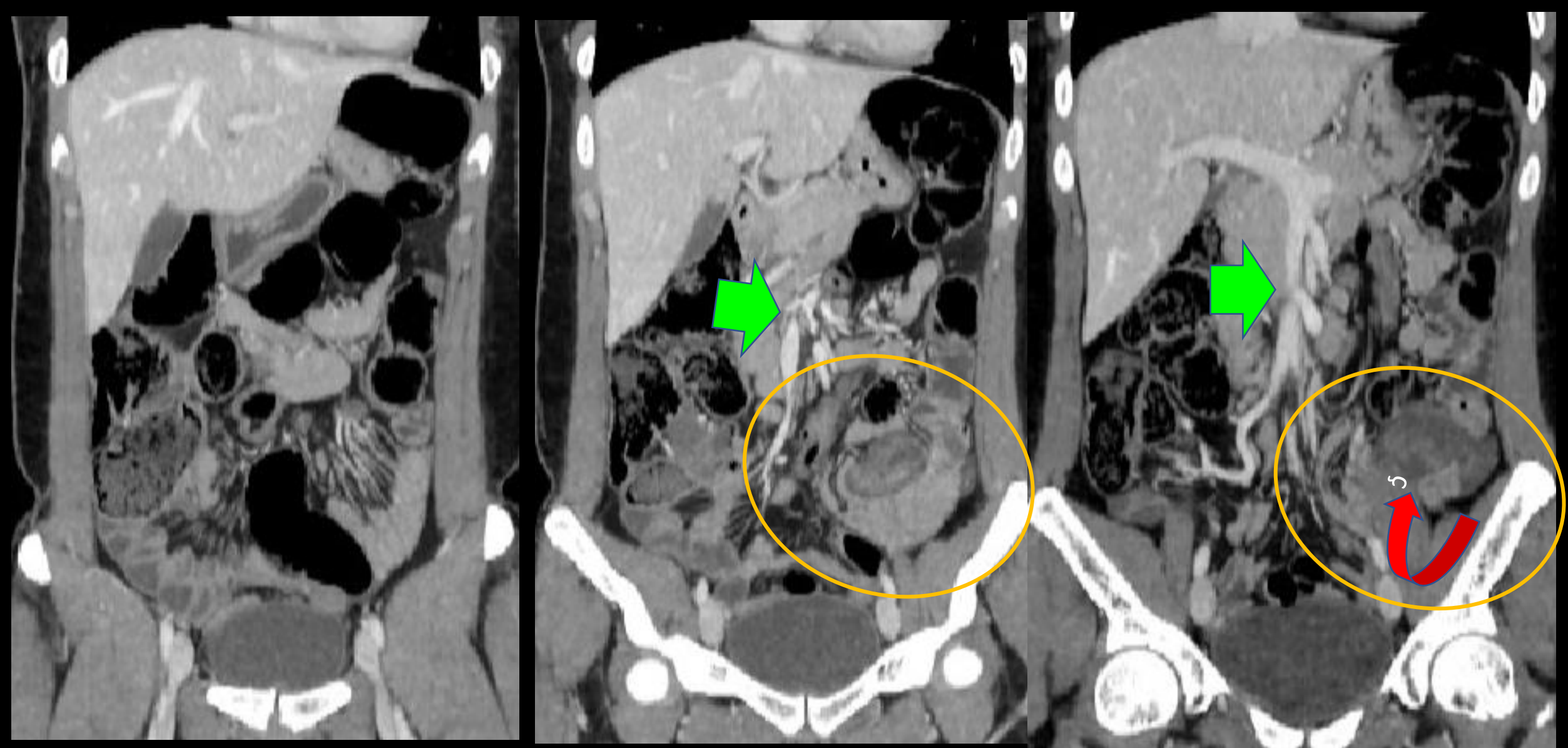
**l'enroulement du
pédicule artério-
veineux ovarique**

et du **ligament
lombo-ovarien
(ou ligament
suspenseur de
l'ovaire)**

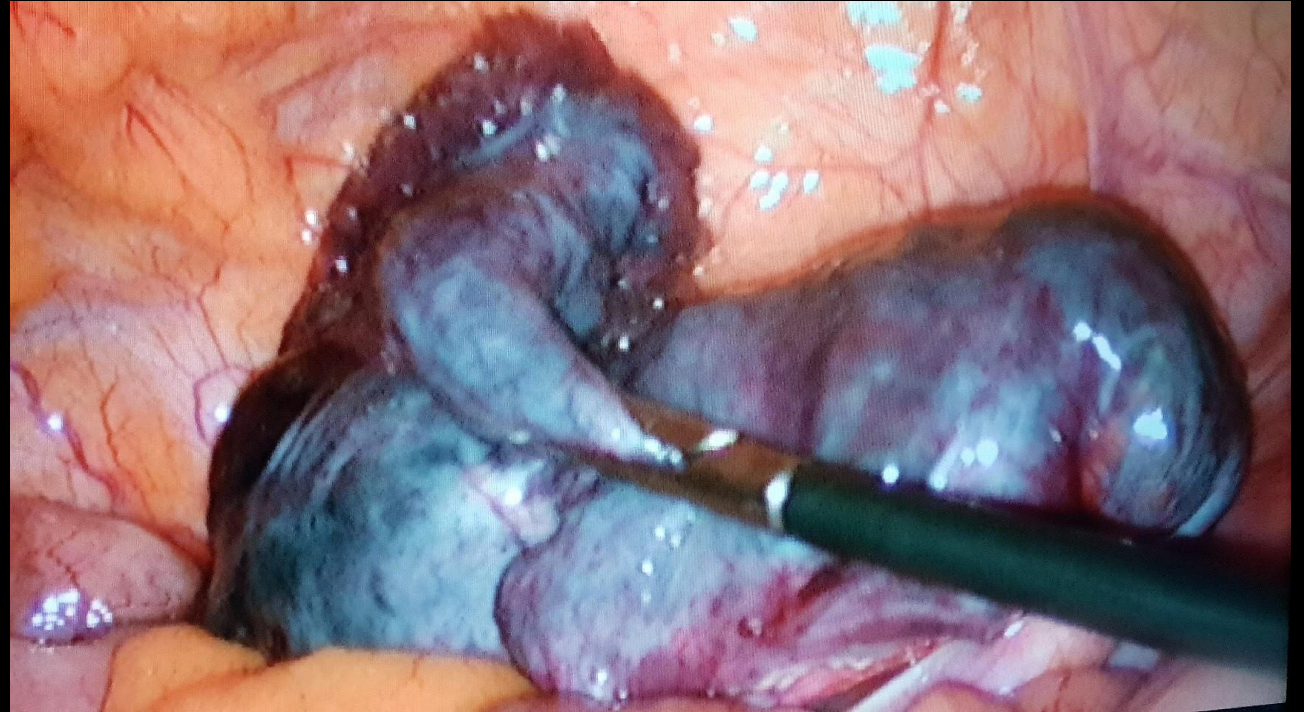




à la phase artérielle
différée, on observe
une absence de
rehaussement très
nette d'une grande
partie de la masse de la
gouttière pariéto
colique qui confirme
l'ischémie de l'ovaire
gauche hypertrophié
(flèche courbe rouge).



le début de l'enroulement du pédicule ovarique (flèche verte) est bien visible , à hauteur de l'origine de l'artère ovarique sur la face antérieure de l'aorte abdominale



à l'intervention (Dr Richard Sensevy), la masse nécrotique du flanc gauche correspond à l'ovaire hypertrophié et nécrosé; la détorsion du ligament lombo-ovarien n'améliore pas la situation et l'exérèse de l'annexe gauche est réalisée. L'annexe droite est vérifiée.



les images des follicules ovariens hypodenses sont
difficilement perçues au sein de la masse ovarienne
ischémiée

bases anatomiques et physiopathologiques de la sémiologie scanographique des torsions annexielles

moyens de fixité et vascularisation de l'ovaire

A. fosse pré-ovarique

B. récessus de la fosse pré-ovarique

1. lig. rond

2. lig. propre de l'ovaire

3. ovaire

4. lig. suspenseur de l'ovaire

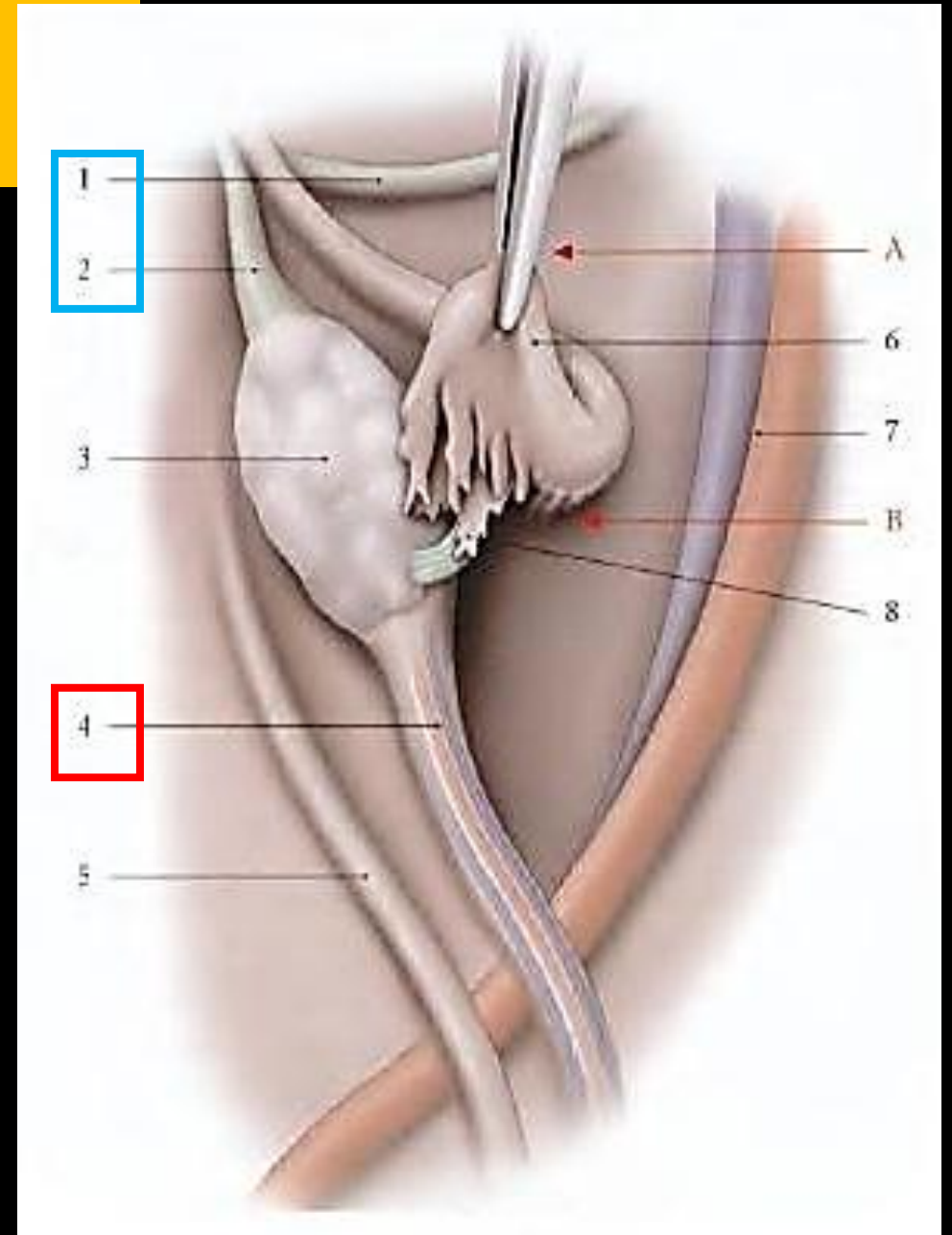
5. pli de l'uretère droit

6. infundibulum tubaire

7. a. et v. iliaques externes

8. frange ovarique et lig.
infundibulo-ovarique

L'ovaire est à la fois relié à l'utérus par **le ligament utéro-ovarien** (appelé aussi **ligament propre de l'ovaire**) et à la paroi abdominale postérieure par le **ligament lombo-ovarien** qui chemine avec l'artère ovarique et vient se fixer à la paroi postérieure lombaire à hauteur des reins .



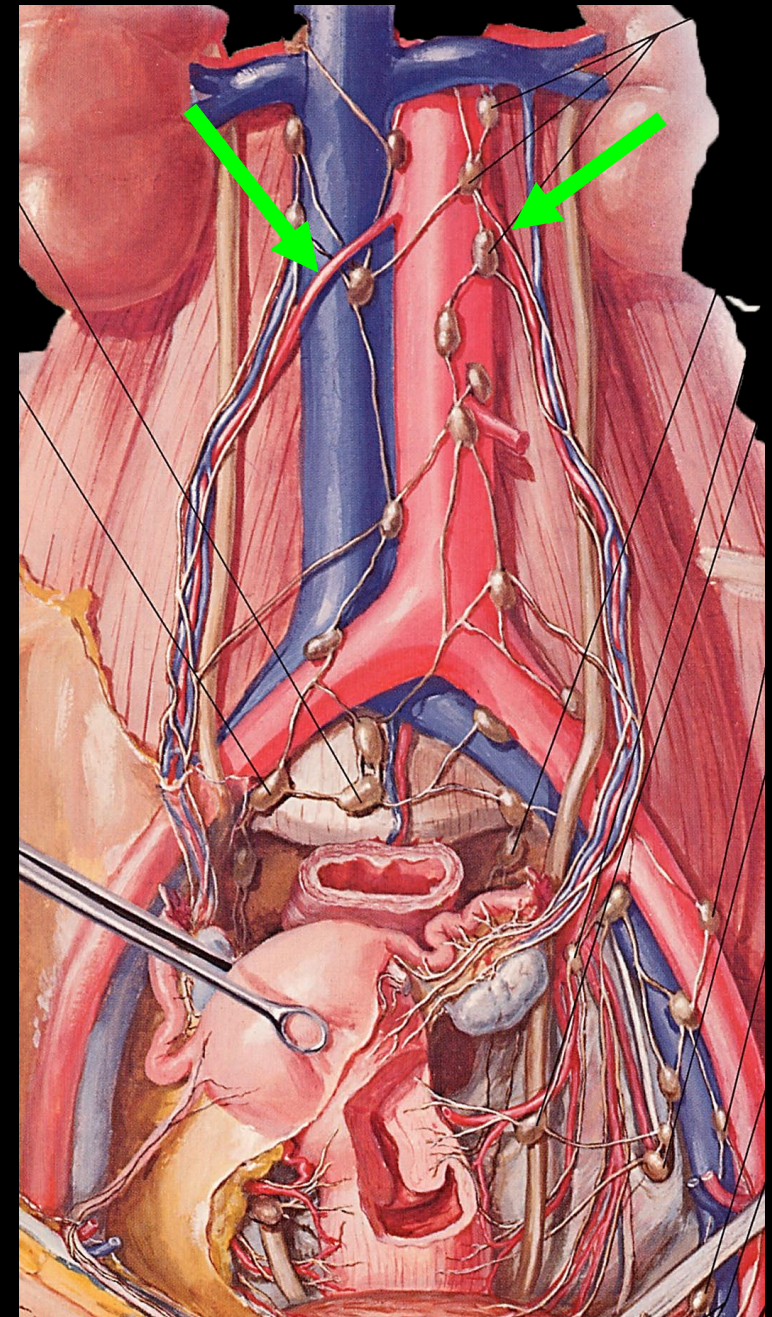
un troisième ligament, le **ligament tubo--ovarien** n'est pas un véritable ligament fixateur de l'ovaire il a un rôle physiologique en permettant le recueil de l'ovule par le pavillon de la trompe au moment de l'ovulation.

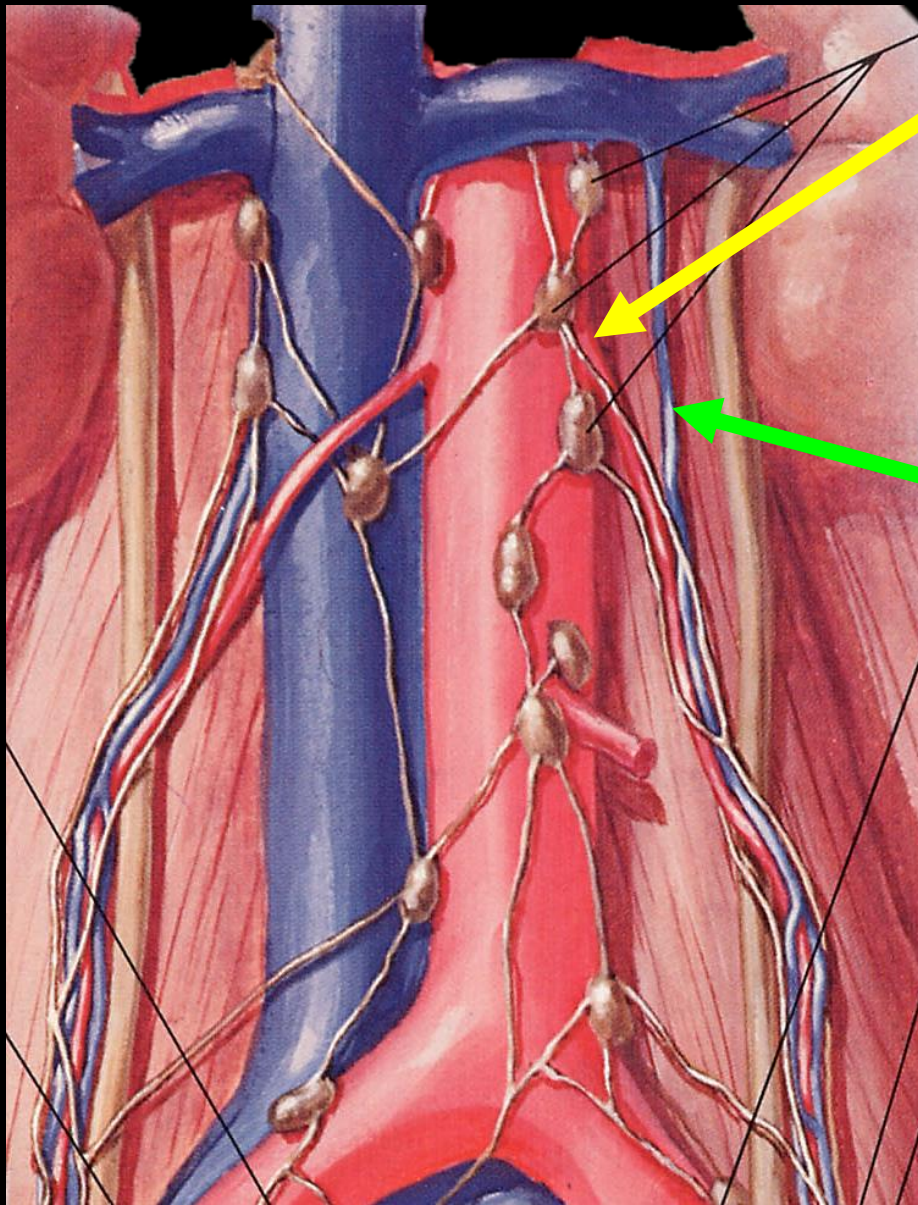
La vascularisation de l'ovaire dépend de deux artères :

l'artère utérine et l'artère ovarienne

l'artère ovarique naît directement de la face antérieure de l'aorte à hauteur du disque L2-L3. Elle chemine contre la paroi lombaire, suit le ligament lombo--ovarien à destination de l'ovaire Elle croise en avant les vaisseaux iliaques externes et l'uretère dans sa portion supérieure.

Ses branches terminales sont la branche tubaire latérale qui pénètre dans la méso-salpinx et la branche ovarienne latérale.

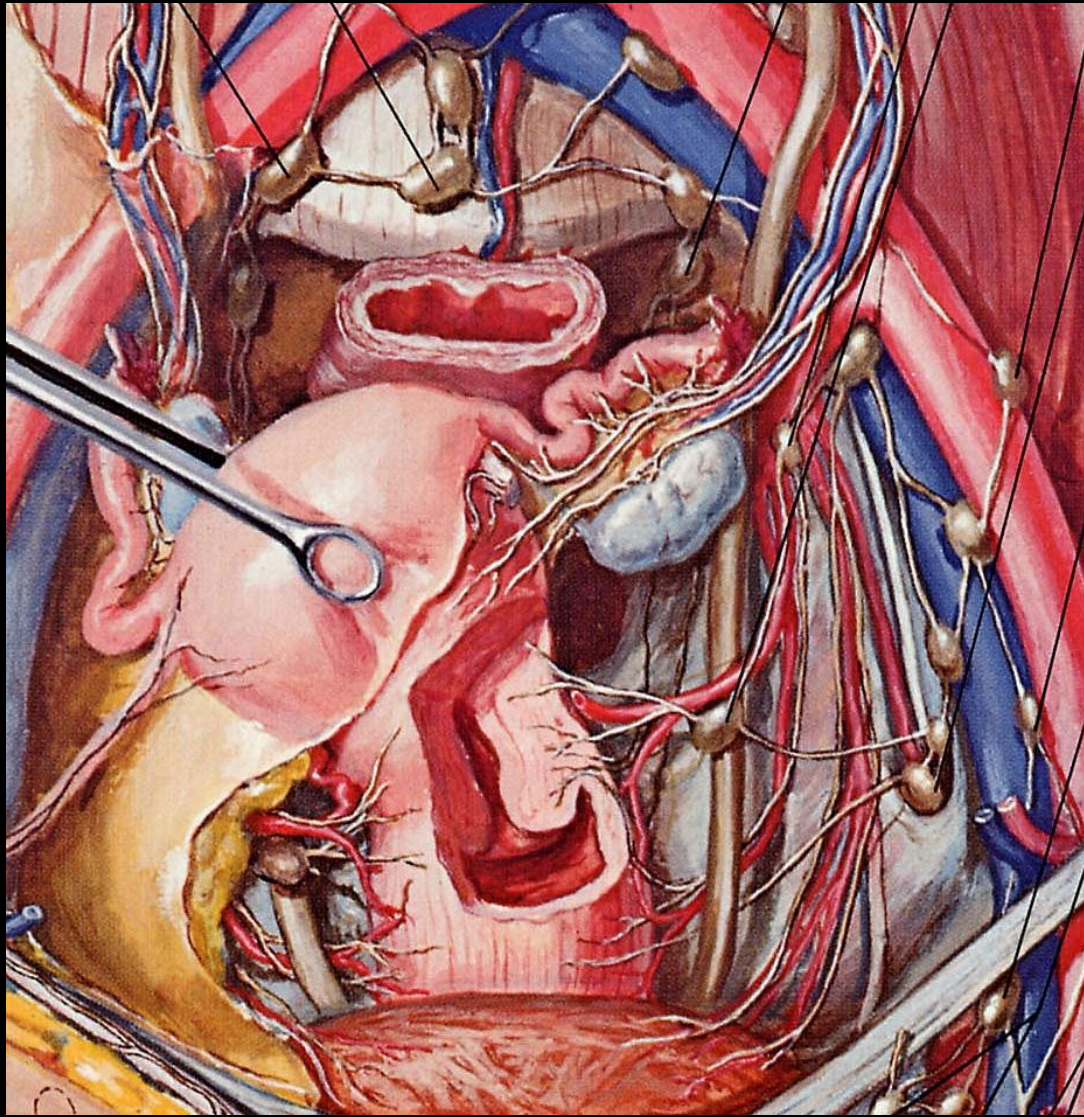




l'artère ovarique gauche, après sa naissance, rejoint la paroi abdominale postérieure et descend sur la face antérieure du ligament lombo-ovarien gauche jusqu'à l'ovaire où elle s'anastomose avec la branche ovarienne latérale

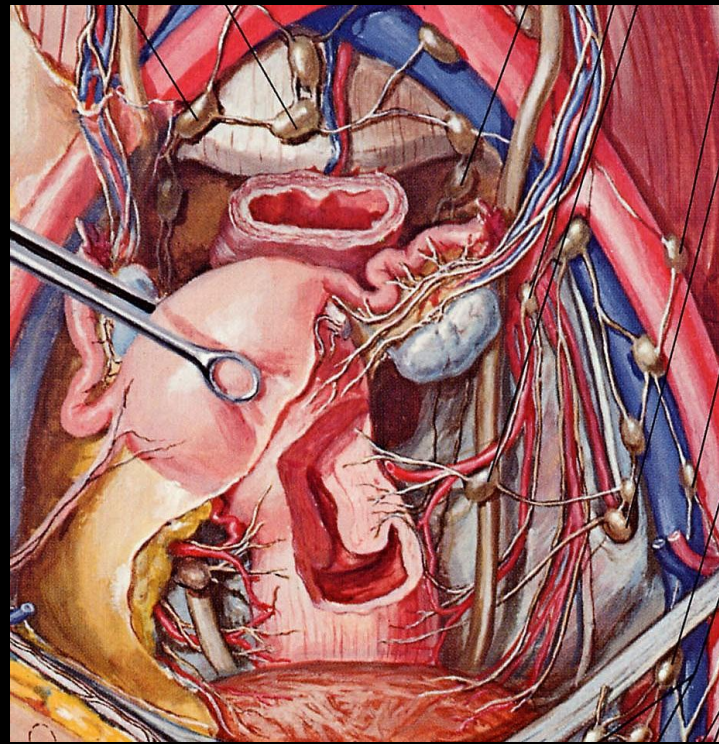
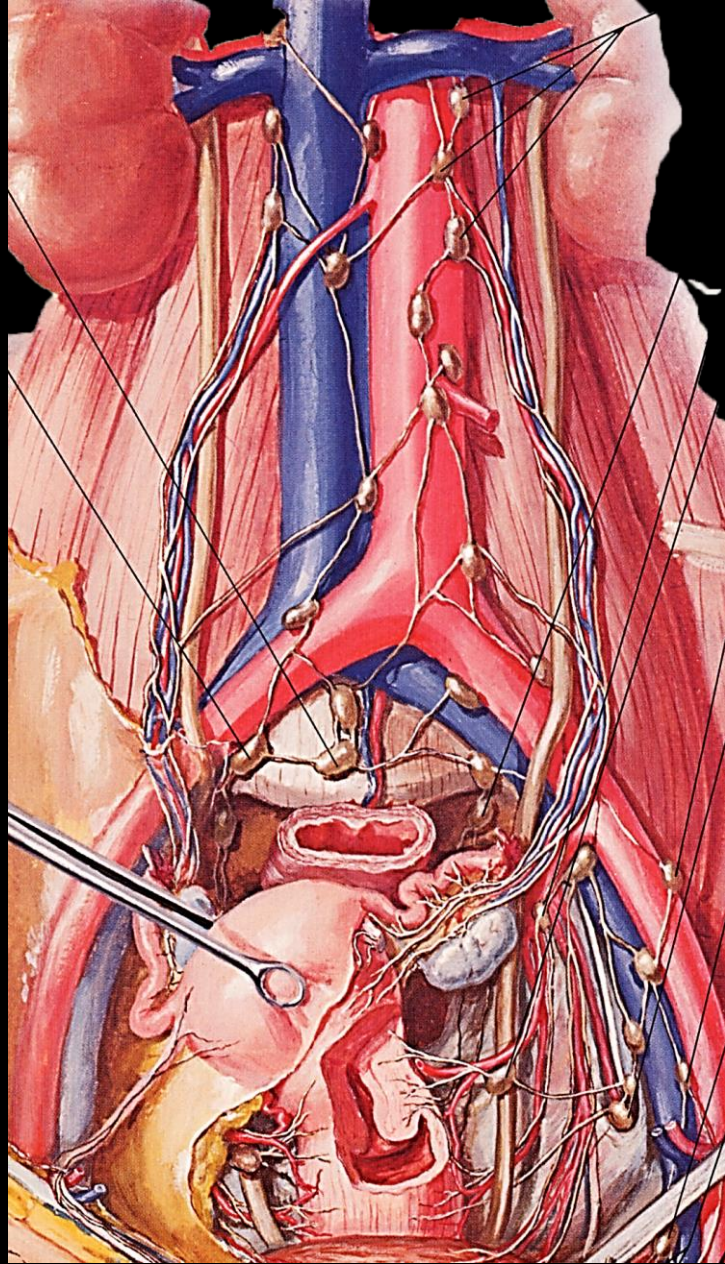
la veine ovarique gauche accompagne l'artère homologue sur la plus grande partie du trajet lombaire ; elle s'éloigne latéralement à la partie supérieure pour se jeter au bord inférieur de la veine rénale gauche.

du côté droit, l'artère ovarique naît de la face latérale de l'aorte abdominale et suit un trajet proche de celui observé à gauche ; la veine ovarique droite se jette à la face latérale de la veine cave inférieure au même niveau que l'origine de l'artère ovarique sur l'aorte.



L'artère utérine est une branche de l'artère iliaque interne qui croise l'uretères et chemine à la face postérieure du ligament large ; elle se termine en regard des cornes utérines.

Ses branches terminales sont l'artère ovarienne médiale suit le ligament utéro- ovarien et l'artère tubaire médiale qui vascularise la partie médiale de la trompe



le trajet du pédicule vasculaire artérioveineux ovarique est très long et lors des torsions axiales génératrices d'une ischémie, le tour de spire peut se trouver au contact de l'utérus, (cas le plus fréquent) et plus exceptionnellement à la partie haute du trajet, comme observé dans le cas rapporté.

Cela correspondait alors à une annexe-haut située, étalée sur la paroi postérieure du flanc gauche avec un ovaire ischémique hypertrophié lové dans la gouttière pariéto- colique gauche , , à distance du pelvis

Les torsions d'annexes : caractères généraux

Rares; elles ne représentent que 2 % des urgences gynécologiques.

Chez l'adulte, elles surviennent presque TOUJOURS sur masse ovarienne pré-existante, en général
BENIGNE (tératome mature+++, kyste fonctionnel ou organique bénin, fibrome ovarien...).

Douleur pelvienne intermittente, +/- intense avec signes digestifs+++ (nausées/vomissements)

tableaux souvent trompeurs ; retards diagnostiques fréquents

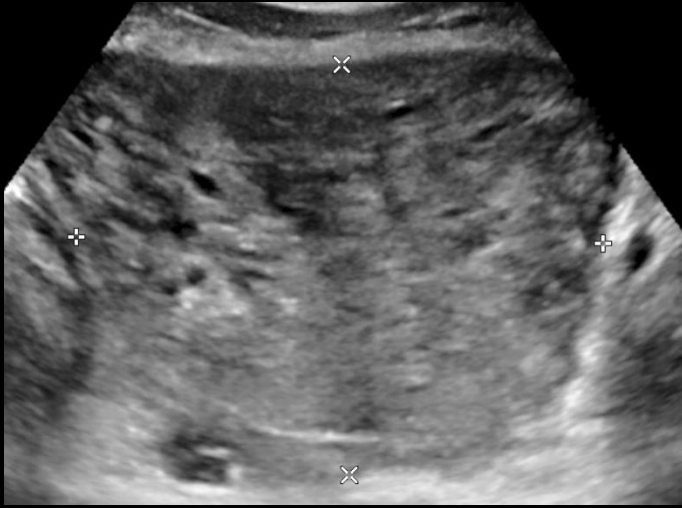
Les torsions d'annexes sémiologie scanographique

En imagerie, association d'un ou plusieurs signes suivants :

- .**Congestion de l'ovaire** (augmenté de taille), avec follicules refoulés en périphérie
 - .Trompe épaisse adjacente formant une masse inter-utéro-ovarienne,
 - .**Spire de torsion**,
 - .Annexe déplacée dans 2/3 des cas,
 - .**Utérus dévié du côté de la torsion dans 50% des cas.**
 - .Suspecter une nécrose ovarienne en cas d'hyperleucocytose ou de syndrome fébrile.
- ;La torsion peut n'intéresser que la trompe notamment en cas d'hydrosalpinx préexistant.

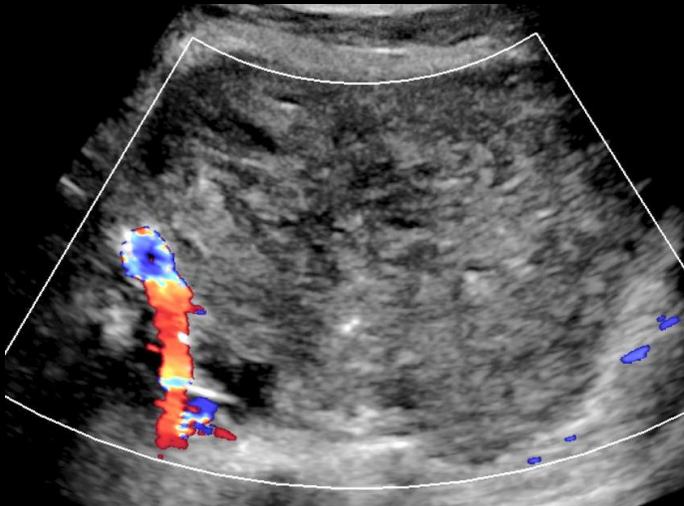
cas compagnon 01

Jeune fille de 18 ans hospitalisée en urgence pour douleurs abdominales intenses progressivement croissantes

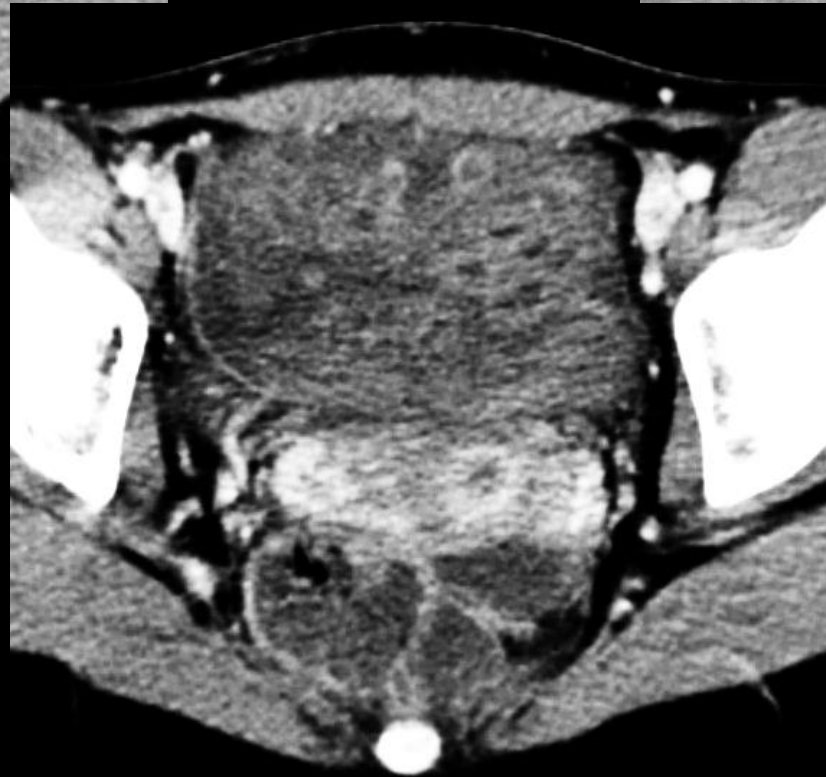
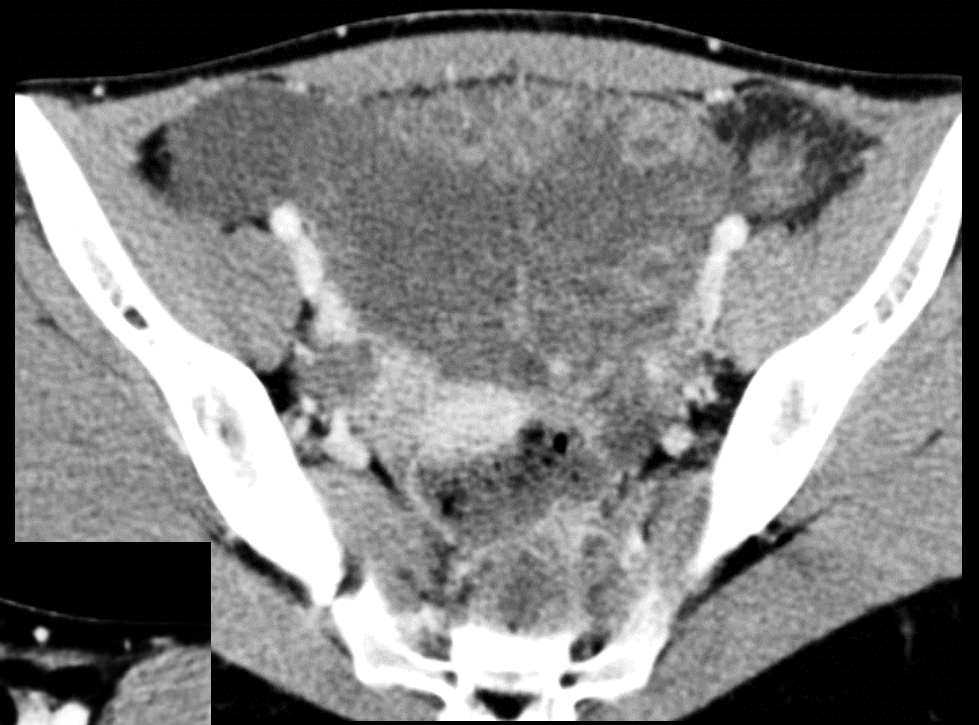
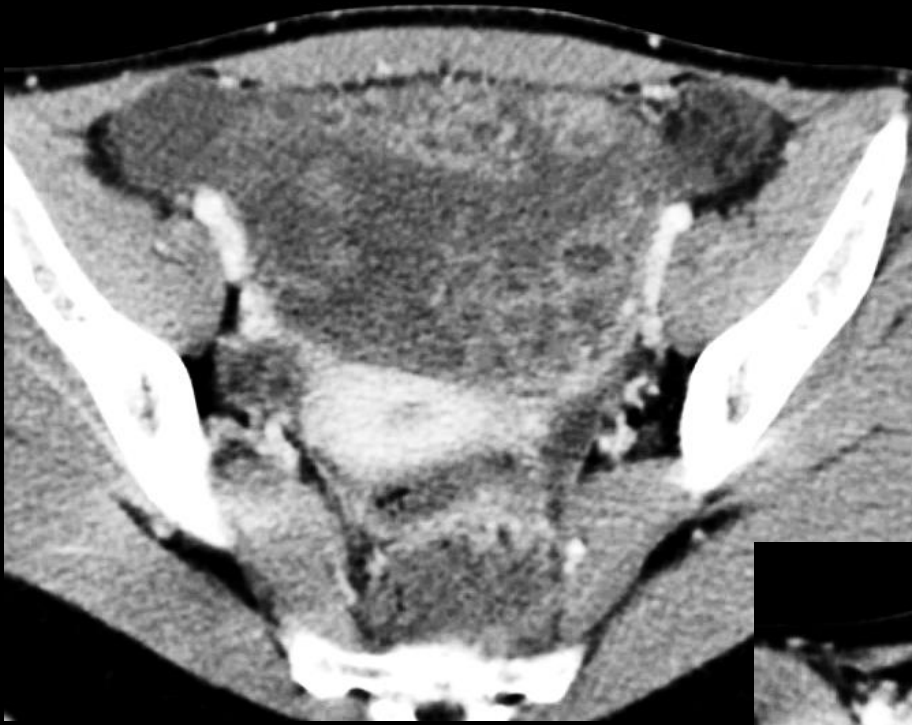


nombreux follicules refoulés en
périphérie d'un très gros ovaire

aucune vascularisation décelable
dans la masse



Marie LAFITTE IHN



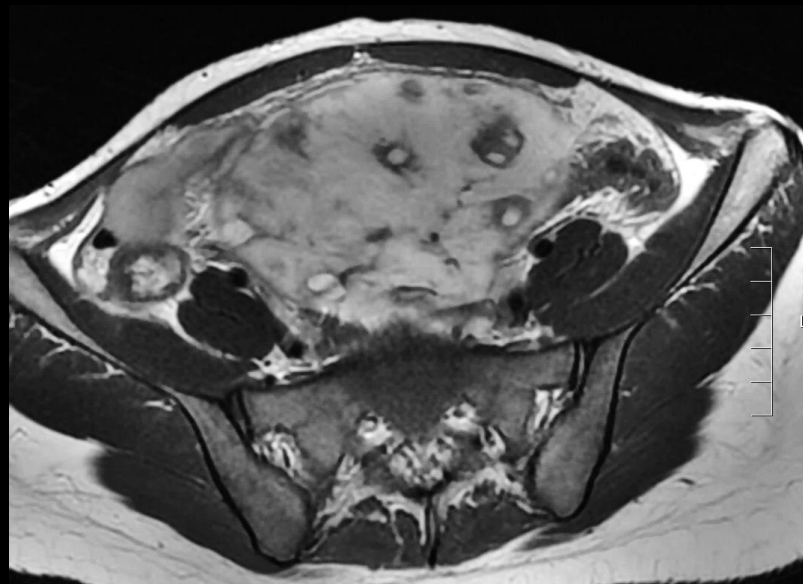
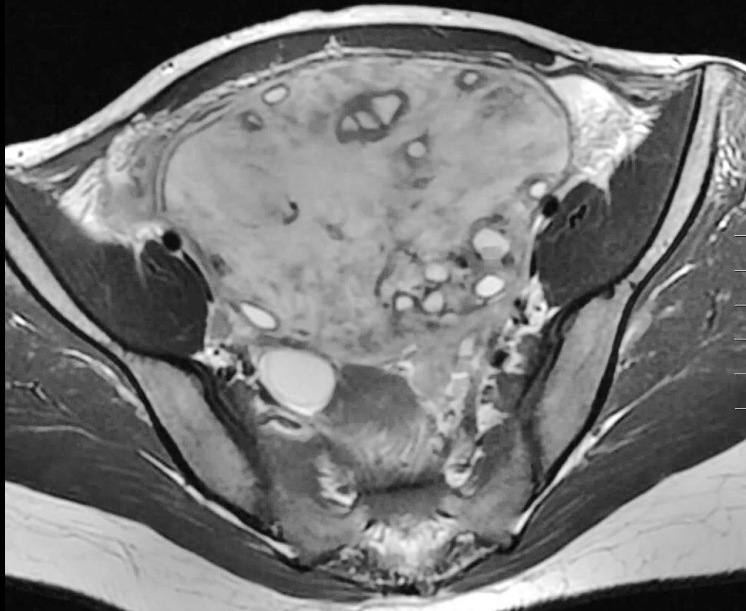
nombreux follicules refoulés en
périphérie d'un très gros ovaire



1411

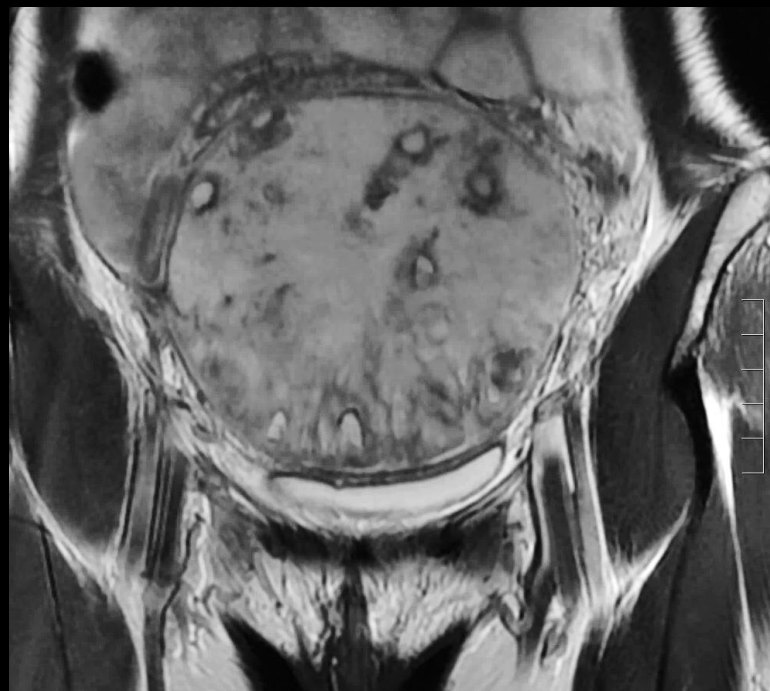


T2

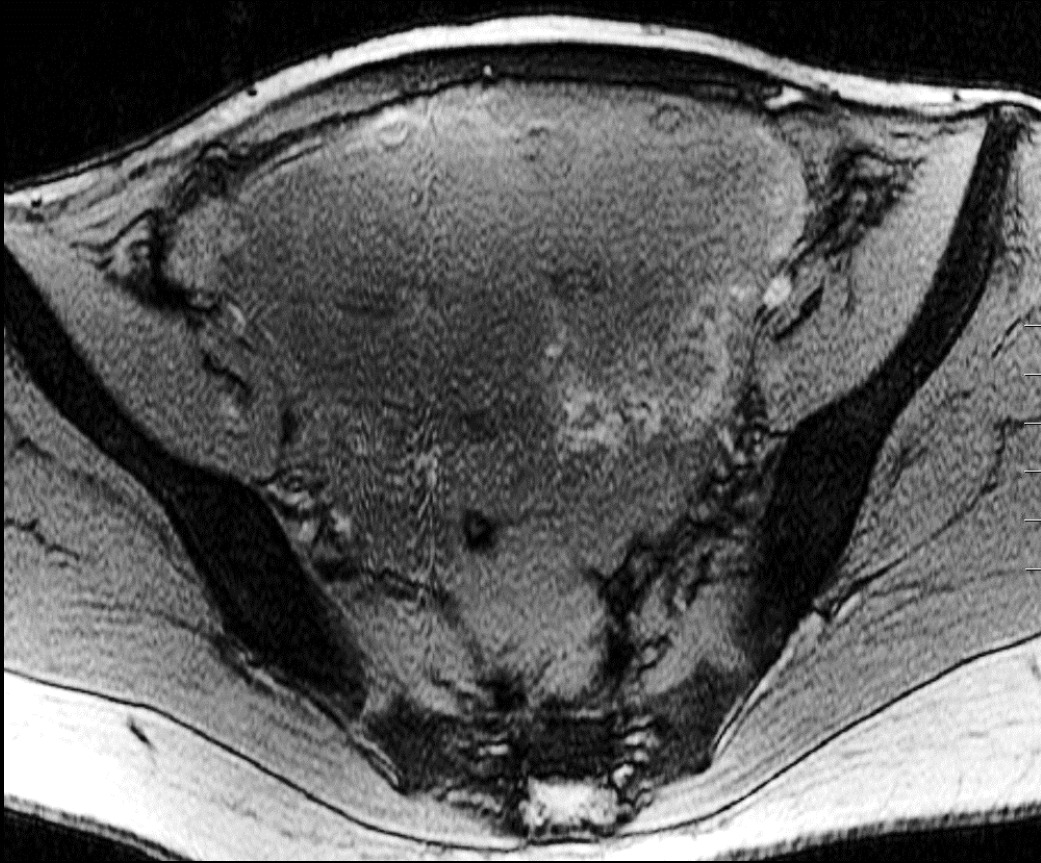


Volumineuse masse pelvienne **hétérogène**,
présentant de multiples **logettes liquidiennes**
et refoulant l'utérus en arrière, probablement
développée au dépend de **l'ovaire gauche** qui
n'est pas visible.

Quelques **remaniements hémorragiques**.



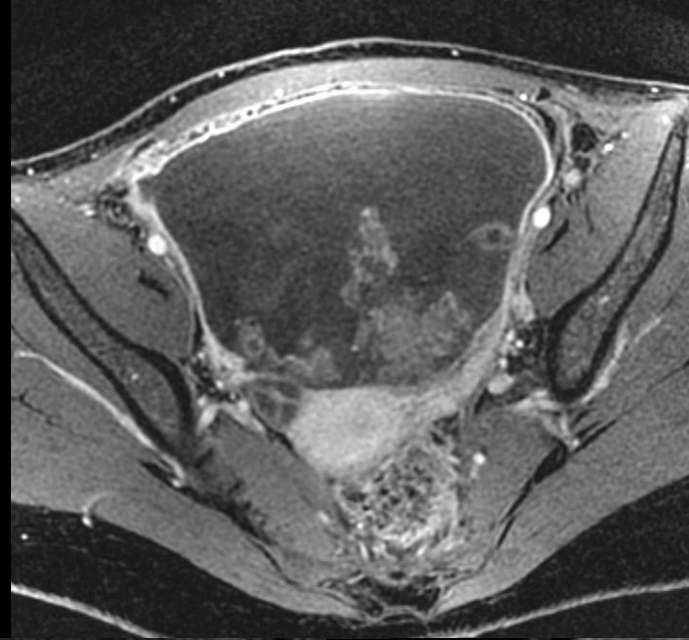
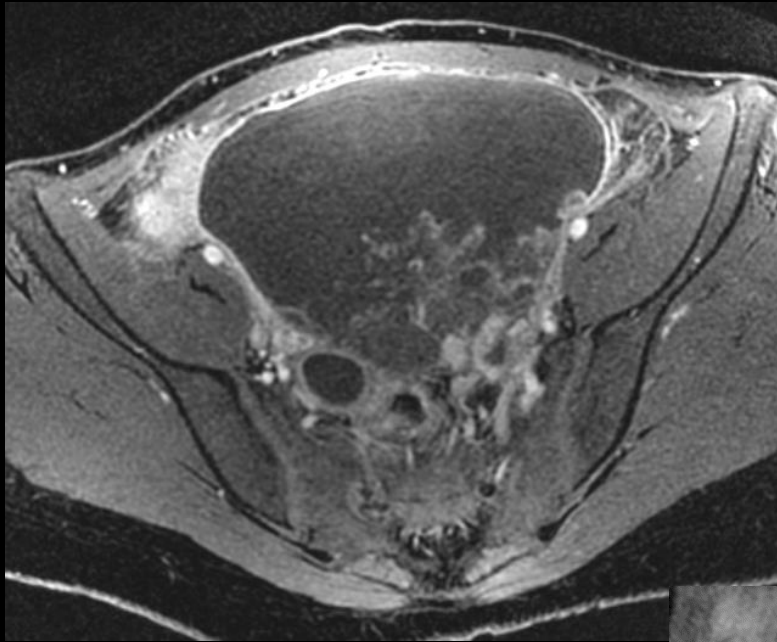
Ax T1



Ax t1 FS



T1 gado



Anatomie pathologique

- Aspect d'infarctus hémorragique de l'ovaire
- La lésion est le siège de suffusions hémorragiques où persistent quelques cellules fusiformes, correspondant à du stroma ovarien résiduel
- Adhérences fibro-inflammatoires péri ovariennes
- Présence d'une zone ovarienne résiduelle, siège d'une dystrophie folliculo-kystique
- Trompe sans particularité
- Pas de lésion tumorale caractéristique ni de signes histologiques de malignité

Torsion d'annexe, physiopathologie

- Torsion de l'annexe **au niveau du ligament utéro-ovarien**
- Peut concerner la trompe seule, l'ovaire seul ou l'annexe
- Le risque : NECROSE ISCHEMIQUE au bout de 6h
- Facteurs de risque :
 - Kyste de l'ovaire ou paratubaire
 - Antécédents de torsion
 - Peut survenir sans kyste mais exceptionnel

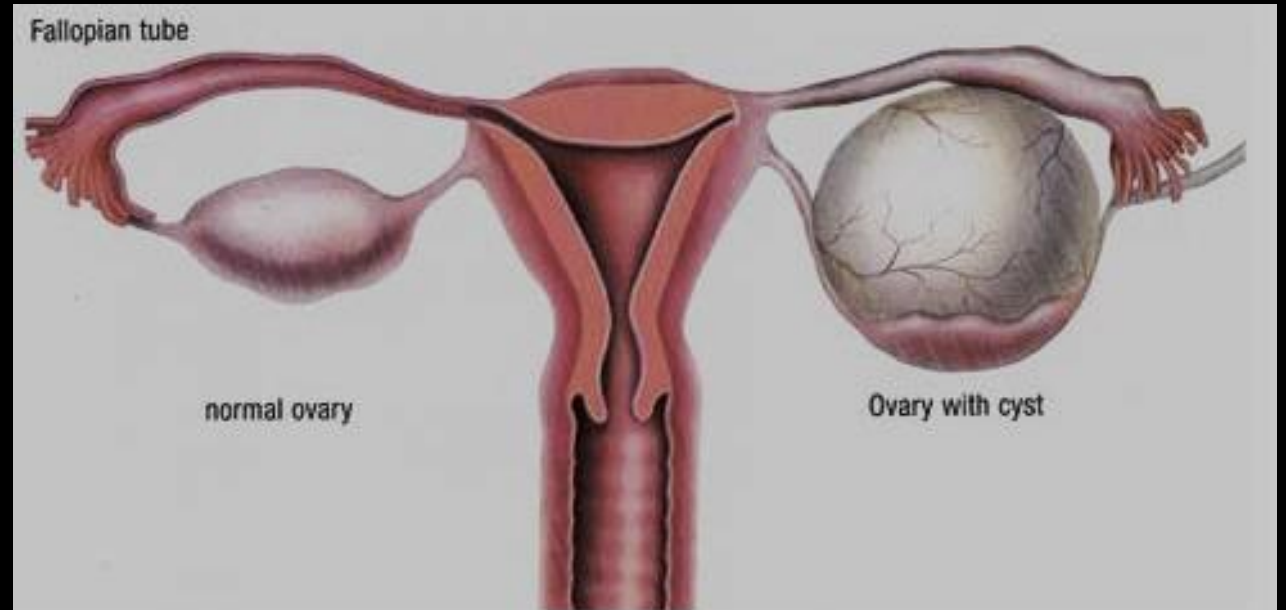
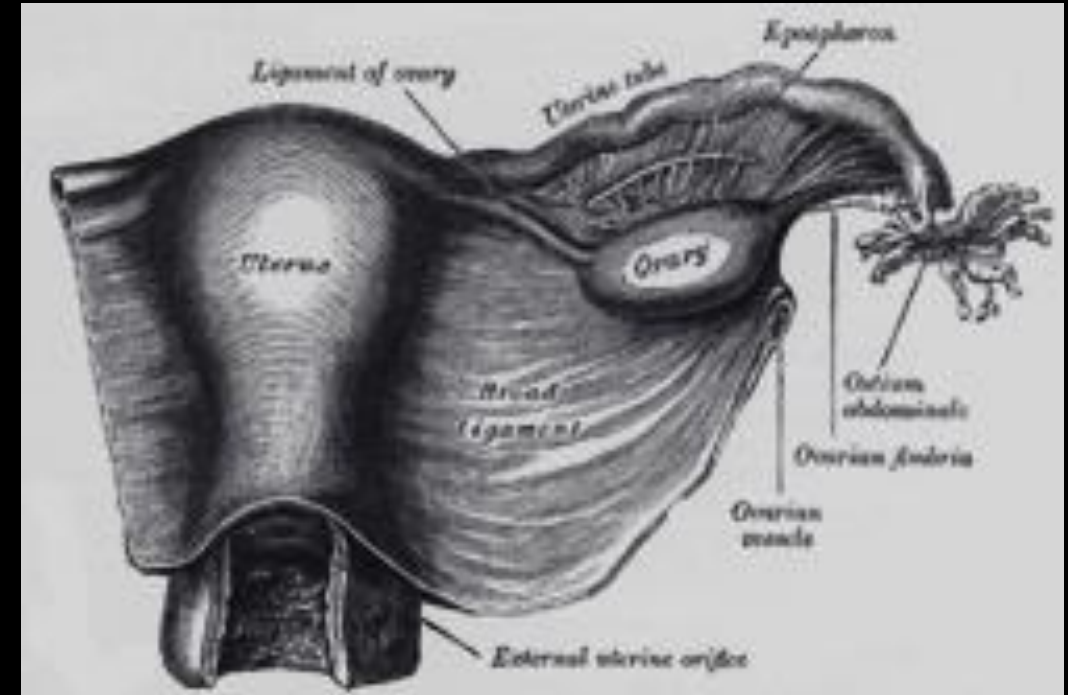


Tableau clinique

- Douleur brutale, intense, irradiant à tout le pelvis
- Non calmée par les antalgiques de palier 1 ou 2
- Nausées, vomissements
- Sédation progressive après quelques heures
- Douleur du cul de sac vaginal au TV



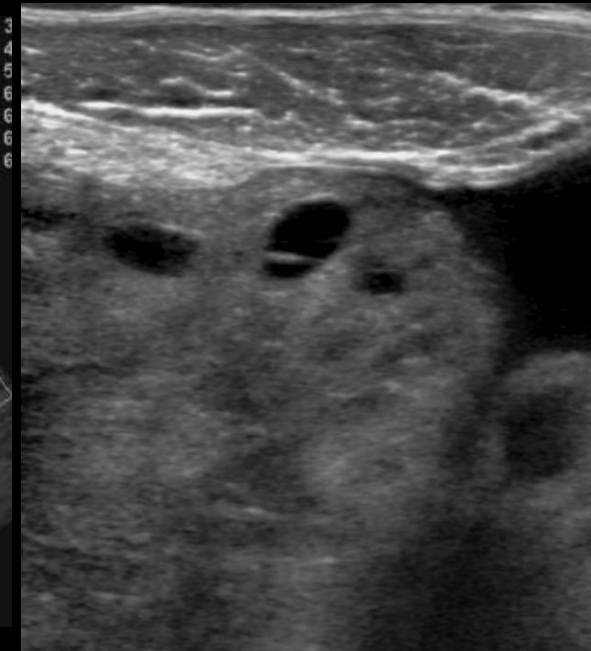
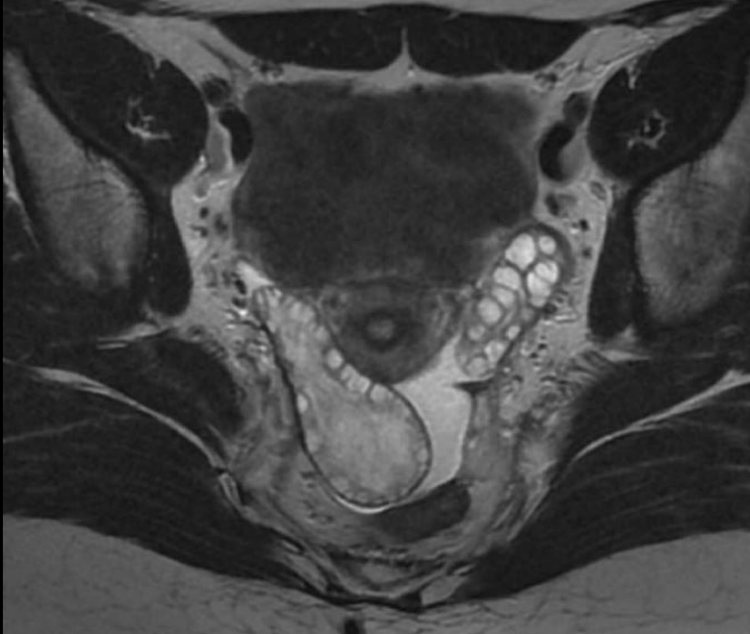
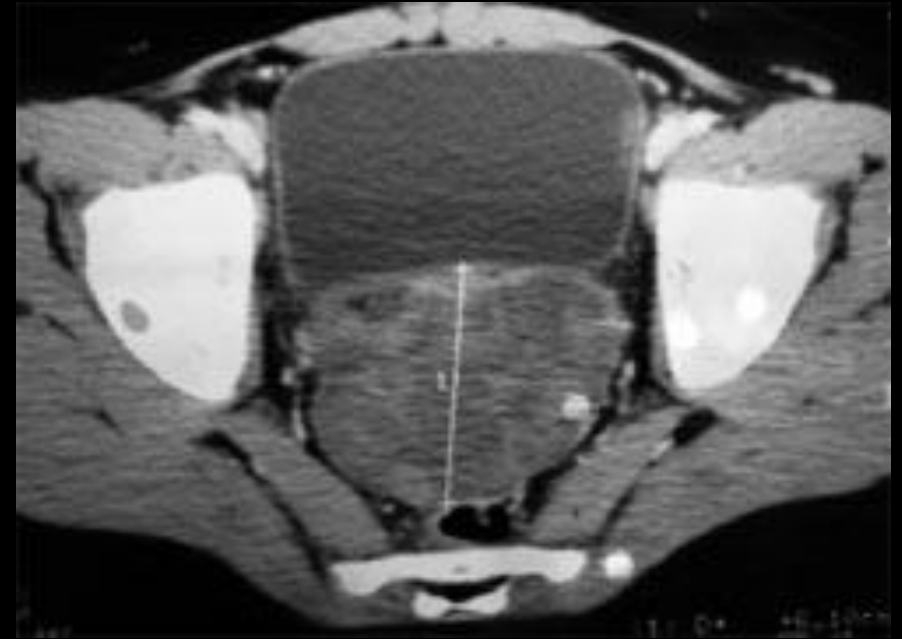
Traitement

- Chirurgical :
 - Détorsion de l'annexe
 - Kystectomie ovarienne ou para-tubaire, annexectomie si nécrose
 - Prévention chirurgicale des récidives

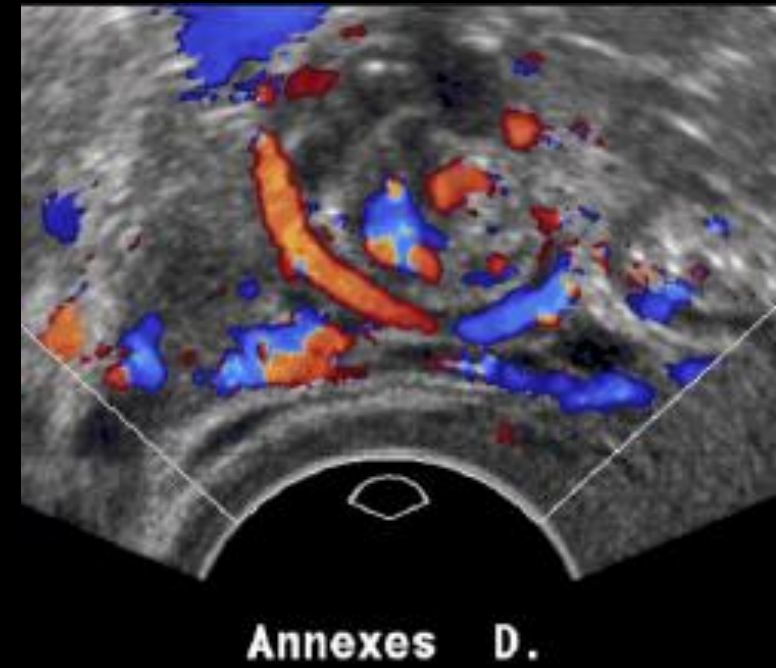
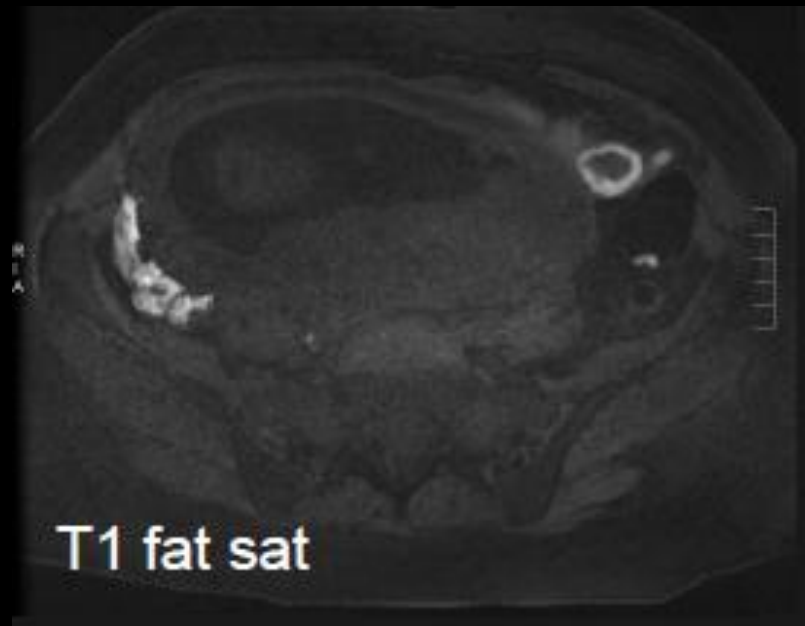


Sémiologie radiologique

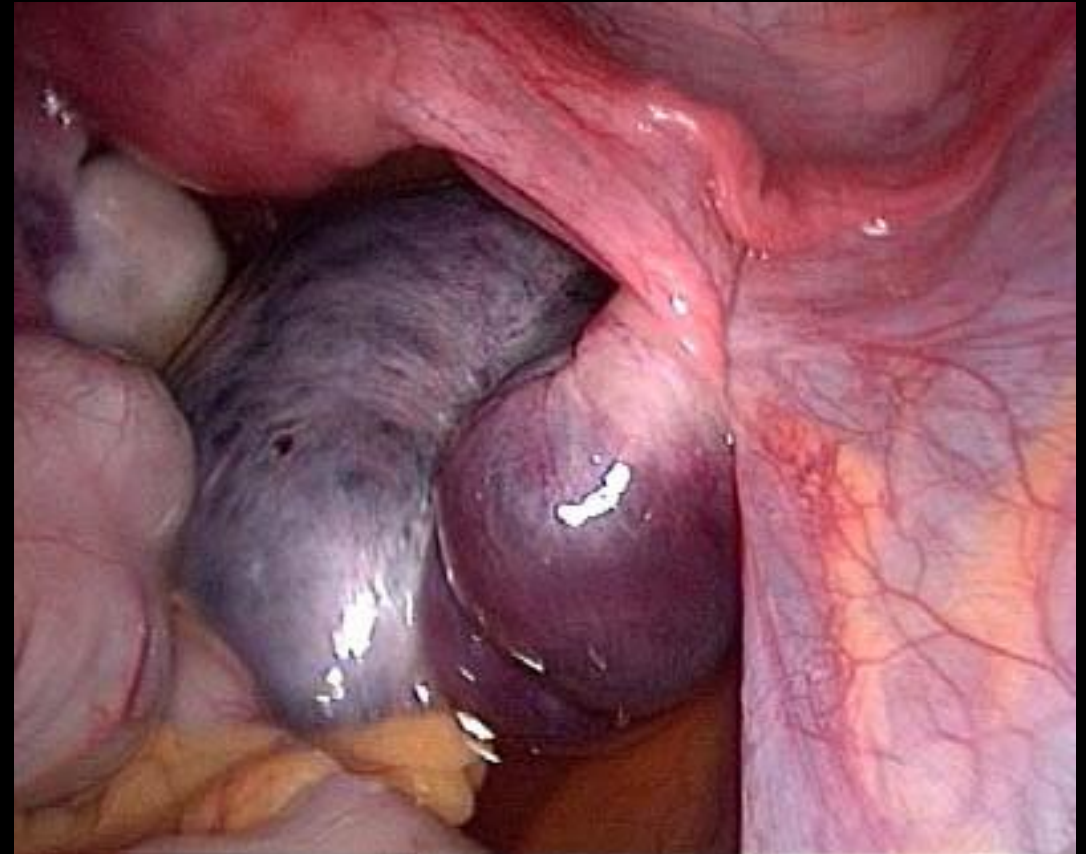
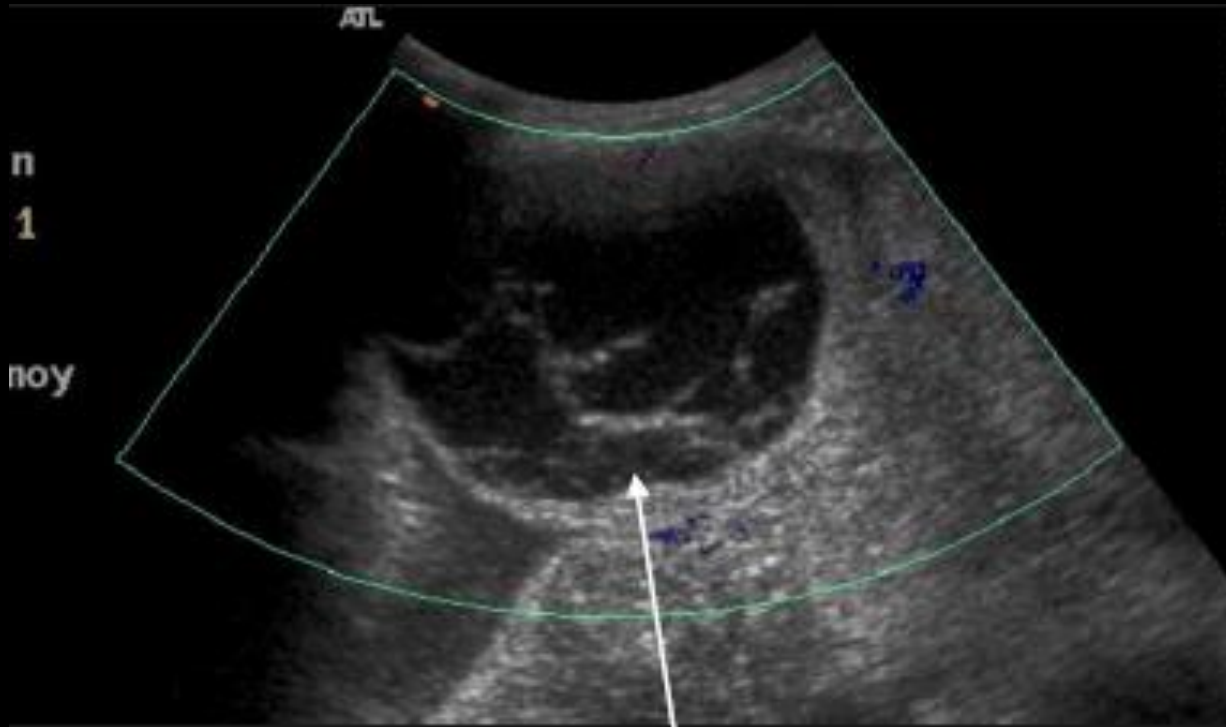
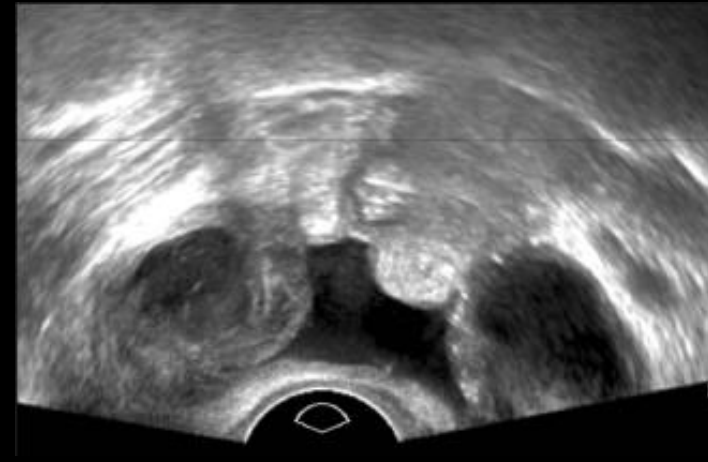
- Signes ovariens :
 - Ovaire de grande taille
 - Œdème ovarien et répartition périphérique des follicules
 - Abolition du flux doppler
 - 60 % des ovaires "tordus" en position inhabituelle



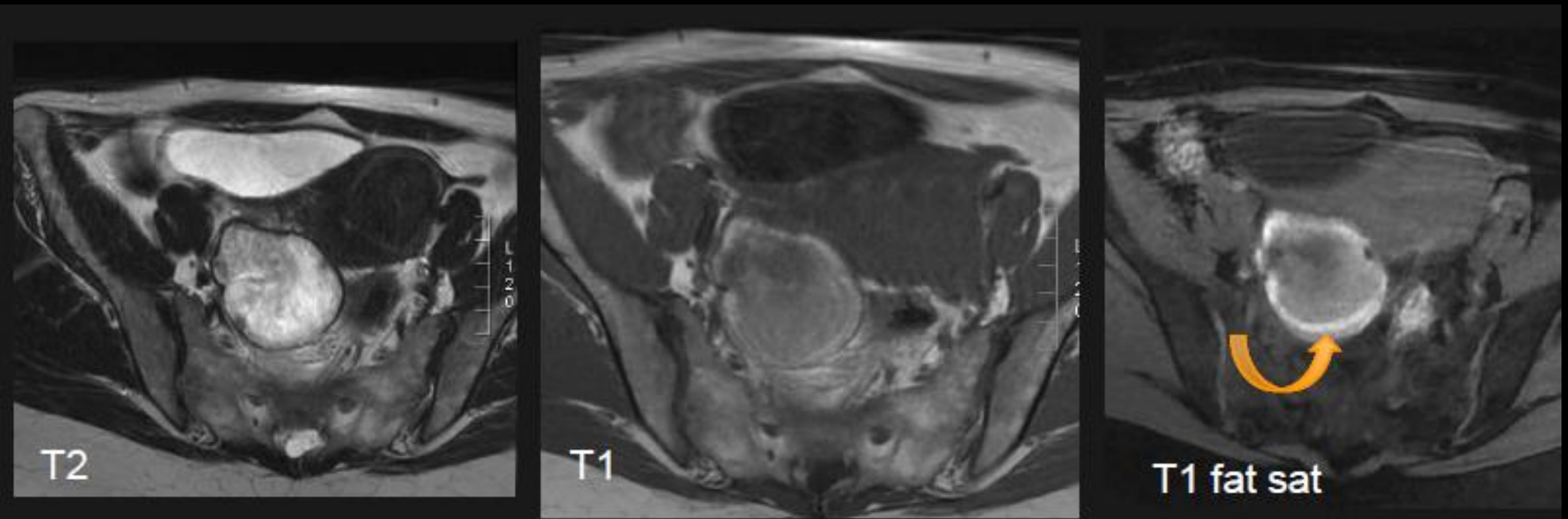
- Signes tubaires :
 - Spires de torsion
 - Epaissement tubaire
 - Hématosalpinx
 - Douleurs au passage de la sonde



- Signes péritonéaux :
 - Epanchement intra péritonéal
- Signes de gravité :
 - Plages ovariennes nécrotico-hémorragiques
 - Disparition du signal doppler couleur



Formation hémorragique de l'ovaire droit

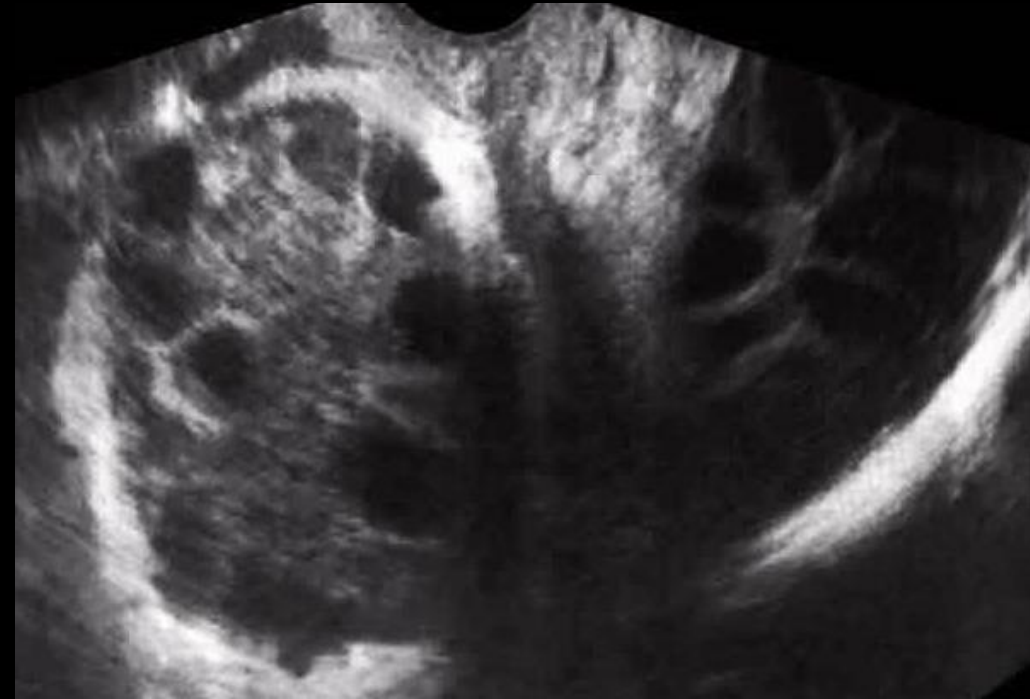


Bloc opératoire à 7 semaines de l'imagerie : **torsion d'annexe droite ancienne**. Plages de nécrose
ischémique à l'histologie

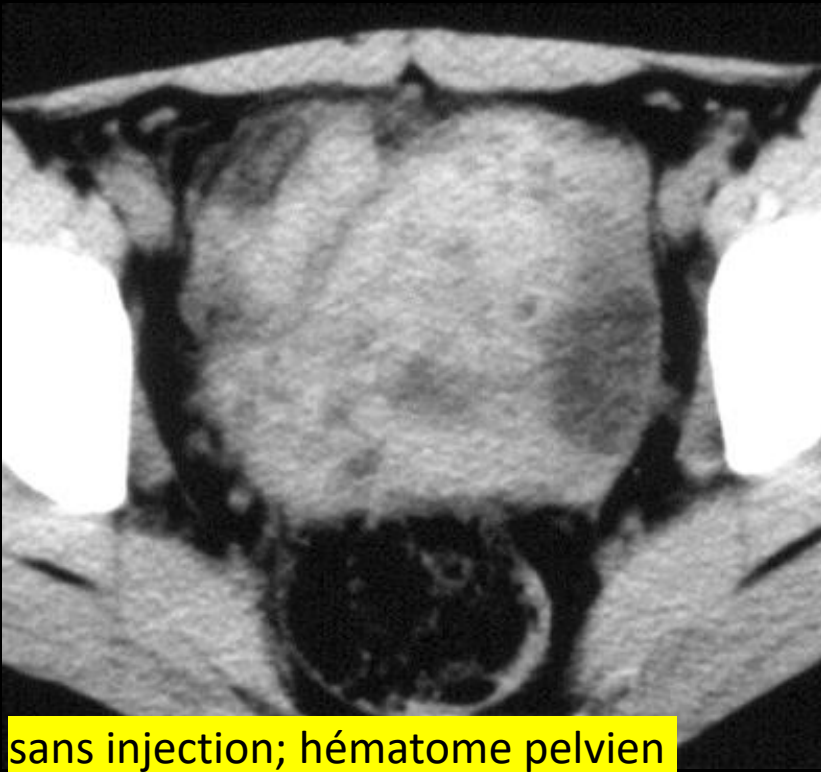
Pas de kyste sous jacent

La torsion d'annexe, à retenir

- Véritable urgence chirurgicale
- **Diagnostic pré opératoire difficile** car signes cliniques aspécifiques
 - **l'évoquer devant toute douleur pelvienne aiguë**
- Intérêt de l'imagerie :
 - Diagnostic positif** : signe le plus sensible : ovaire de grande taille
 - Pronostic ovarien** : signes de gravité
 - IRM ou scanner** au moindre doute

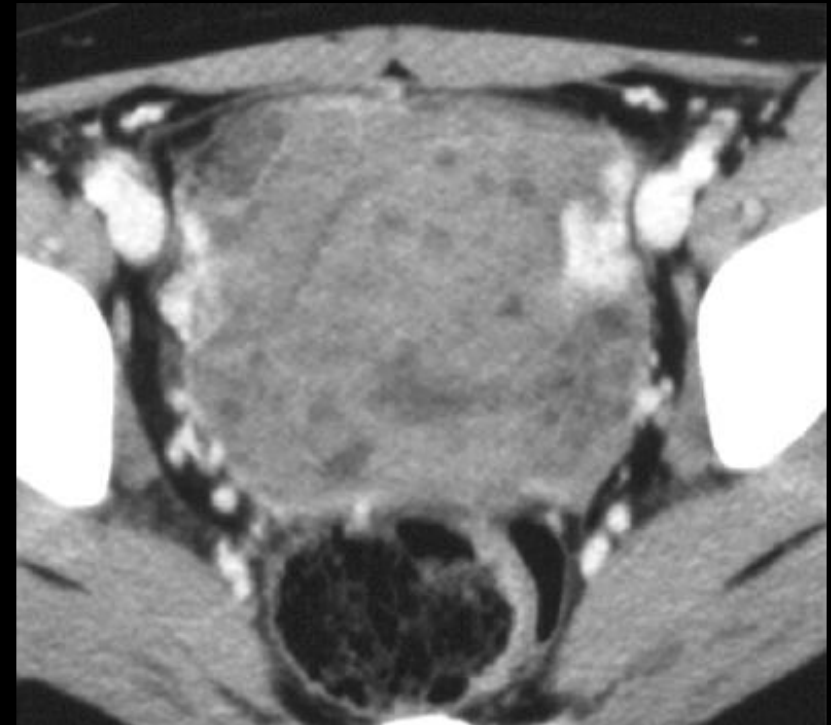


cas compagnon 03



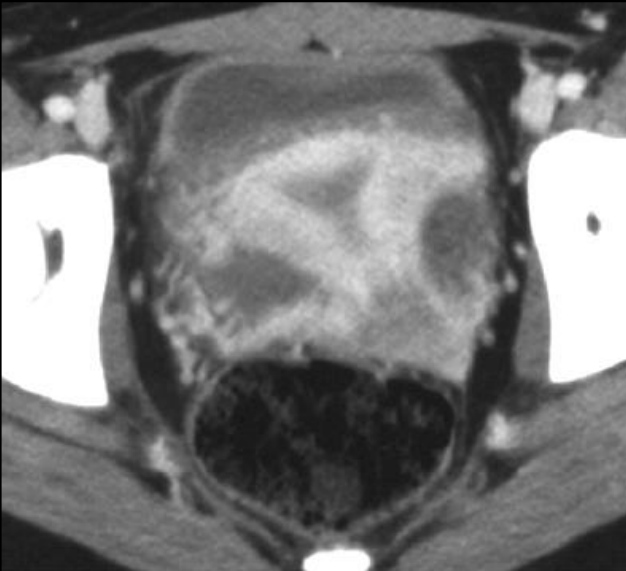
sans injection; hématome pelvien

spontanément hyperdense



après injection; l'hyperdensité n'est plus perceptible.

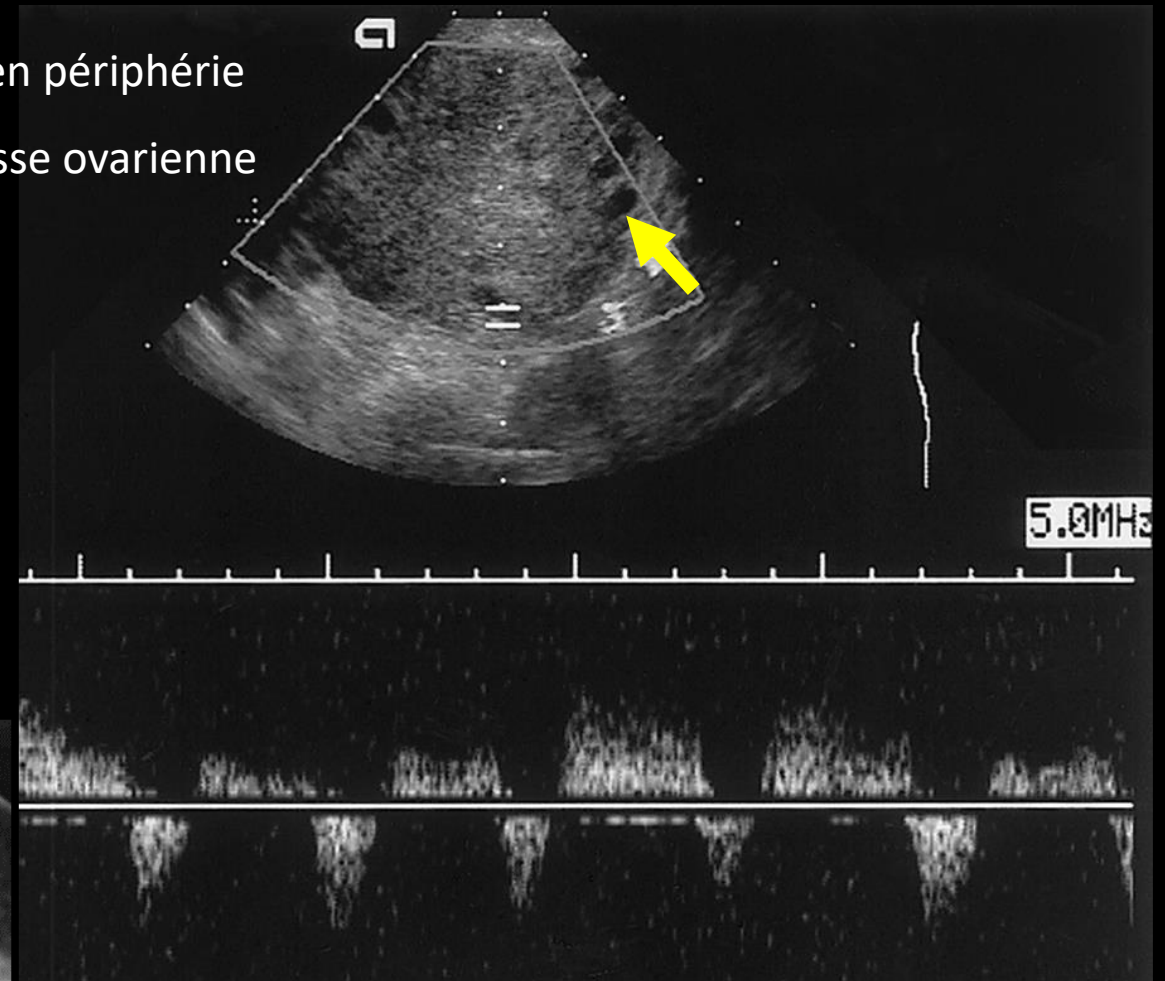
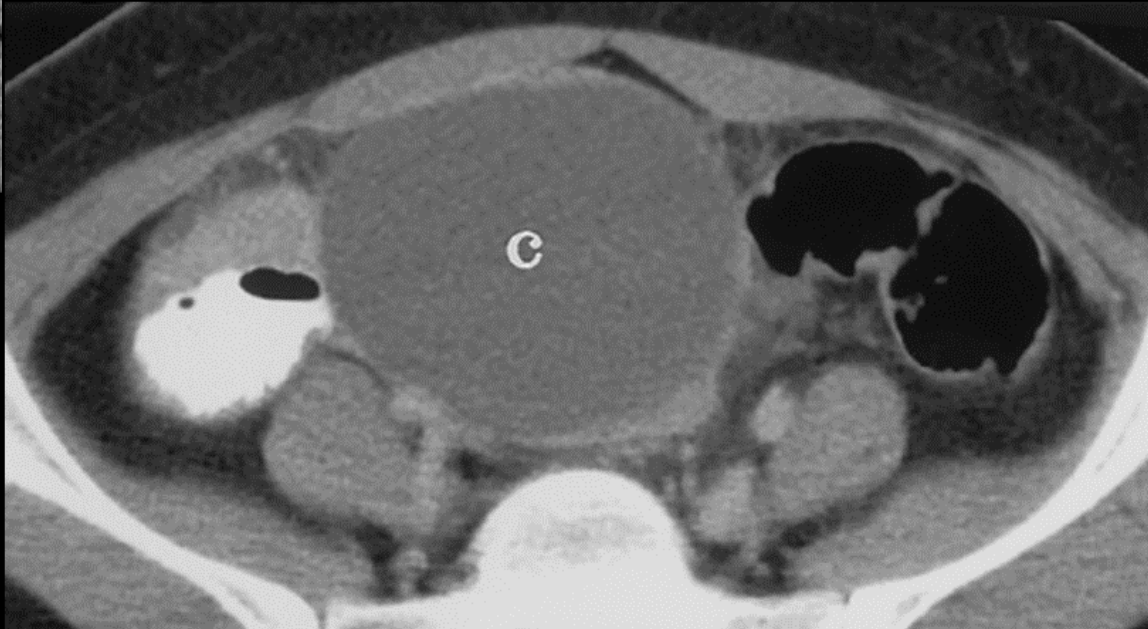
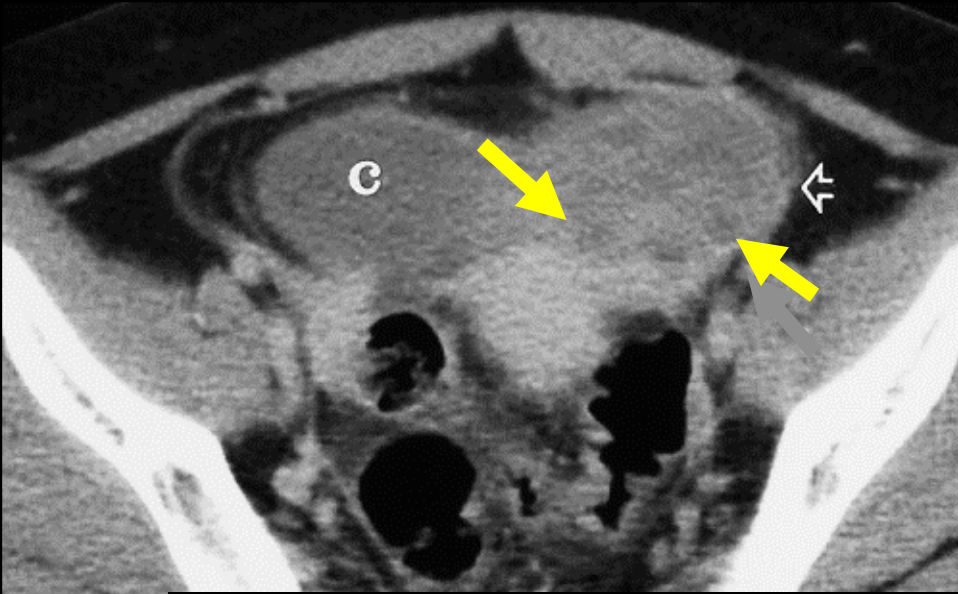
Dissémination d'images lacunaires correspondant à des follicules dont la maturation a été hâtée par l'ischémie

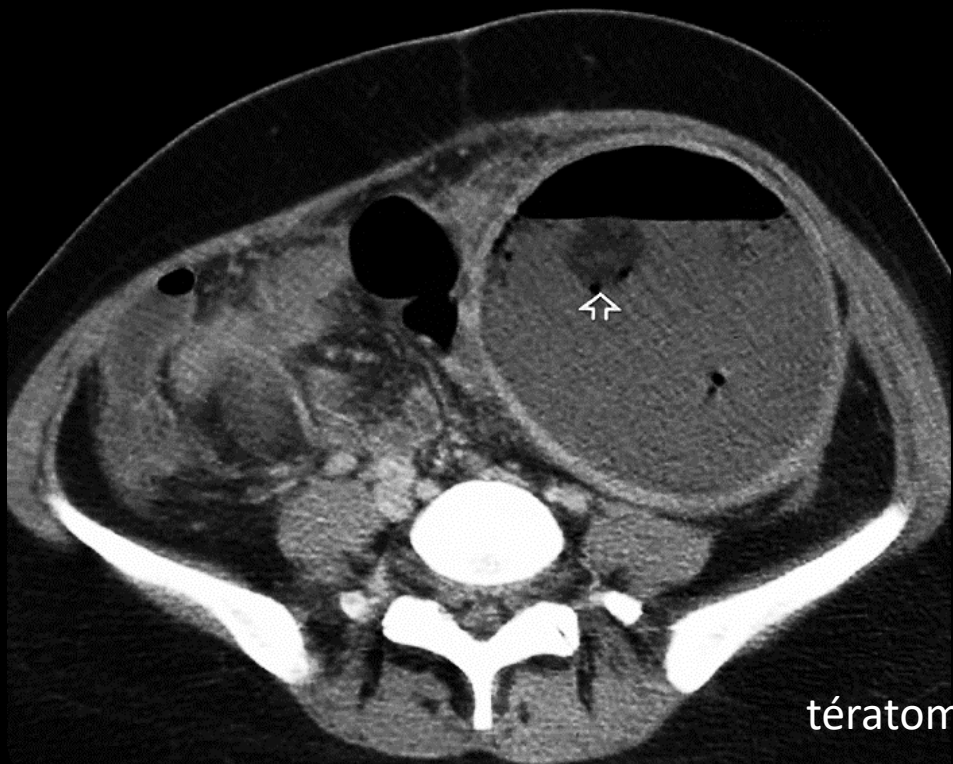


Sd abdominal aigu hyperalgique avec
déglobulisation chez une jeune fille de 14 ans

cas compagnon 04

follicules refoulés en périphérie
de la masse ovarienne





tératome ovarien mature droit
(contenu lipidique sébacé; graisse,
dent...) et torsion de l'annexe
homolatérale

