

## A PROPOS D'UN CAS DE TORSION AXIALE D'UTERUS SAIN

RAZAFINDRANOVONA

Le 23 Juin 1961, Mme M. . . , Comorienne, âgée de 30 ans, entre à l'hôpital pour syndrome abdominal aigu. C'est une nullipare, normalement réglée dont l'arrêt des dernières règles est situé au 19 Juin 1961. Le 21 Juin : douleur abdominale violente au-dessus de la symphyse pubienne, irradiée vers les régions lombaires correspondantes. C'est une douleur continue, empêchant le sommeil. En même temps arrêt des matières et des gaz. Faciès angoissé, Température à 37,5° ; pouls à 110. Tension artérielle 12/8. Léger ballonnement abdominal. Hyperesthésie cutanée. Absence de contracture, de péristaltisme intestinal et de matité déclive. Réveil d'une douleur supra-symphysaire localisée à la palpation. Au toucher vaginal: col normal mais dont le contact réveille une douleur syncopale, culs de sacs libres mais douloureux. Ponction du cul-de-sac de Douglas négative. Radiographie sans préparation de l'abdomen: dilatation intestinale légère surtout accusée au niveau du cadre colique mais sans image de niveaux liquidiens. Formule sanguine: légère polynucléose (le taux des polynucléaires mentionné comme légèrement augmenté, concerne une opinion personnelle en ce qui concerne la formule sanguine chez les malgaches): Globules rouges: 4.700.000, Globules blancs: 8.000 (Neutro: 68%, Lympho: 30%). On pense à la possibilité d'une grossesse extra-utérine rompue mais cloisonnée et on décide l'intervention.

Laparatomie médiane sous ombilicale. On trouve un utérus de 7 cm de haut, noirâtre, tordu sur son axe avec l'isthme comme charnière et maintenu dans cette position par la trompe droite présentant des signes d'inflammation chronique, passant au-dessus de l'utérus et venue adhérer à la paroi pelvienne gauche. Torsion utérine de 180°. A gauche, vieille lésion annexielle purulente comprenant une masse dans laquelle sont englobés, trompe, ligament rond et pédicule utéro-ovarien. On pratique une hystérectomie sub-totale. Suites opératoires sans incident. Coupe de la pièce: utérus uniformément infiltré de sang. Absence de noyau de fibrome.

La torsion axiale d'utérus sain est fait rare en tenant compte des ouvrages que nous avons pu consulter. Dans les MEMOIRES DE L'ACADEMIE DE CHIRURGIE, depuis 1956, aucun cas ne fut mentionné. La Partie Gynécologique de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale ne mentionne même pas les torsions axiales d'utérus sain. Par contre, dans les URGENCES (au chapitre des torsions d'organes), G. ALPERINE écrit ces lignes: "TORSION D'UTERUS": On a vu des fibromes ou des tumeurs para-utérines entraînant le corps de l'utérus autour de l'isthme formant charnière. Plus souvent, c'est la torsion d'un fibrome sous péritonéal pédiculé.

Jean PATEL dans son Nouveau Précis de Pathologie Chirurgicale, mentionne la torsion axiale de l'utérus atteint de fibrome interstitiel entraînant les annexes, sans toutefois parler de la participation possible de l'utérus sain entraîné soit, dans l'engrenage d'une torsion pédiculaire annexielle, soit, comme dans le cas présent, par simple malposition d'une trompe.

Ce cas paraît intéressant sous un triple point de vue:

- Le mécanisme qui a provoqué la torsion utérine ne fut mentionné dans aucun des ouvrages sus-cités. En effet, si G. ALPERINE mentionne la possibilité de participation d'un utérus au cours soit de la torsion d'une tumeur annexielle, soit (et plus souvent) de celle d'un fibrome sous péritonéal pédiculé, Jean PATEL fait mention de la torsion axiale d'un utérus atteint de fibrome interstitiel.

- Dans le contexte clinique, le cas se manifeste comme un cas aigu, ce qui est contredit par des constatations post-opératoires qui parlent en faveur d'un processus lent avec un départ aigu probable.

- La symptomatologie n'est pas en harmonie parfaite avec l'anatomie. S'il y avait une douleur supra-symphysaire, localisant la lésion, si cette douleur était irradiée aux deux régions lombaires par le canal des pédicules tubo-ovariens, si le T. V. provoque une douleur syncopale par le simple contact du col utérin, aucune manifestation n'a pu être constatée concernant un quelconque symptôme pouvant faire penser à la participation des ligaments ronds à la torsion. Rien qu'en évoquant la position de l'utérus tordu suivant un angle de 180°, on conçoit la traction des deux ligaments ronds qui, logiquement, devraient provoquer une douleur irradiée des parois latérales pelviennes jusque dans les grandes lèvres.

Travail du Service de Chirurgie Générale  
de l'Hôpital de DIEGO-SUAREZ

