

KYSTES OVARIENS LUTEINIQUES : PIEGE DIAGNOSTIQUES DE L'APPENDICITE AIGUE A propos d'un cas et mise au point

TEBEU P.M.^{1,2}, TCHIELIEBOU J.M.³, SANDO Z.⁴, MBASSI A.A.⁵, KOUAM L.⁴, LIRASEF².

RESUME

Une femme de 23 ans, Gravida 0, est arrivée dans le service 2 semaines après une appendicectomie sans amélioration clinique. Elle accusait des douleurs pelviennes chroniques depuis environ 2 ans. Les investigations ont révélé un kyste ovarien droit de 3,5 cm avec des échos internes. Les kystes ovariens bilatéraux ont été observés et l'exérèse a été faite pendant la laparotomie exploratrice. Le diagnostic final était celui de kystes lutéiniques, confirmés plus tard par le rapport de la pathologie. Le kyste lutéinique doit être recherché chez les patientes avec suspicion d'appendicite.

Mots-clés : *Kyste folliculaire lutéinique, appendicite, douleur de la fosse iliaque droite.*

SUMMARY

Symptomatic luteinic follicular cyst masquerading as appendicitis

A 23-year-old woman, Gravida 0, came to the service 2 weeks after an appendectomy with no clinical improvement. She also had a history of chronic pelvic pain for about 2-years. The investigations revealed ovarian echogenic mass measuring 3.5 cm. Bilateral ovarian cysts were observed and removed during the exploratory laparotomy. The final diagnosis was luteinic cyst, later confirmed by a pathological report. The ovarian luteinic cyst should be found in women with suspicion of appendicitis.

Key words: *Luteinic follicular cyst, appendicitis, right abdominal pain.*

INTRODUCTION

Les ovaires sont deux glandes génitales femelles dotées d'une double fonction endocrine et exocrine, situés derrière le ligament large contre la paroi pelvienne latérale (1). L'ovaire droit en particulier est au carrefour de plusieurs spécialités parmi lesquelles la chirurgie digestive à cause de ses rapports supérieurs avec l'appendice, l'urologie et la neurologie à cause de ses rapports posté-

rieurs avec l'uretère et le nerf obturateur, la gynécologie de part sa continuité avec tout l'appareil génital. Ainsi, la pathologie de l'un de ces organes pose le problème de diagnostic différentiel (2, 3). Il y a fréquemment inflammation concomitante de l'ovaire et de la trompe ainsi que de l'appendice. Nous rapportons le cas d'une patiente opérée sur un diagnostic primaire d'appendicite chronique dont une évaluation secondaire permet de conclure au diagnostic de kystes ovariens lutéiniques.

PRESENTATION DU CAS

Historique et anamnèse

Une jeune fille de 23 ans, sans activité sexuelle est venue consulter en février 2005 pour douleur persistante de la fosse iliaque droite après une appendicectomie

1. Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Provincial, Maroua, Cameroun.
2. Ligue d'Initiative et de Recherche Active pour la Santé et l'Education de la Femme (LIRASEF).
3. Service d'imagerie médicale, Hôpital Provincial, Maroua, Cameroun.
4. Département de Gynécologie Obstétrique, Hôpitaux Universitaires, Yaoundé Cameroun.
5. Service de chirurgie, Hôpital Provincial, Maroua, Cameroun.

deux semaines auparavant. Elle a un antécédent de douleur abdomino-pelvienne évoluant depuis 2 ans non soulagée par les antibiotiques, les anti-inflammatoires et les antispasmodiques. Elle possède à son arrivée à notre consultation une échographie pelvienne faite sur sa demande et évoquant un kyste ovarien droit uniloculaire de 3,5 cm avec des échos internes.

Examen clinique

On note une cicatrice d'appendicectomie à l'inspection, un abdomen souple et une douleur à la palpation de la fosse iliaque droite, le foie et la rate n'étaient pas palpables. L'examen gynécologique simple, permet d'apprécier un petit col dont la mobilisation provoque une douleur à la fosse iliaque droite, ladite douleur dont la défense associée limite l'évaluation de la fosse iliaque droite. La région annexielle gauche est libre et sans douleur.

Diagnostic et traitement

Devant l'histoire de dysménorrhée, suivie de pelvialgie chronique, l'absence d'amélioration clinique après appendicectomie et un kyste ovarien droit avec des échos internes chez une fille sans activité sexuelle, nous avons évoqué le diagnostic d'endométriose.

Une laparotomie faite le 18 mai 2005 retrouve trois nodules ovariens faciles à énucléer, dont deux à l'ovaire droit de 2,5 et 4 cm respectivement et un de 3 cm sur l'ovaire gauche. Tous les nodules avaient un aspect rouge chocolaté et une consistance élastique. Le diagnostic opératoire de kyste lutéinique était alors plus probable. Les suites opératoires sont simples avec disparition de la douleur dès le lendemain de l'intervention.

DISCUSSION

Au cours du cycle ovarien, une fois l'ovulation passée, le corps jaune peut apparaître sous trois formes, dont la disparition complète du follicule remplacé en 2 à 3 jours par un kyste du corps jaune de 10 mm est la forme habituelle. On peut observer un affaissement progressif du

follicule qui se remplit au fur et à mesure d'échos, ou un follicule qui garde son aspect tonique et se remplit d'échos. Ces 2 derniers aspects ne sont pas forcément physiologiques et sont observés même en cas d'absence de rupture folliculaire (4). Ces kystes peuvent provoquer de la douleur et constituent un diagnostic différentiel de l'appendicite, d'infection pelvienne, d'endométriose, de tuberculose iléocæcale, d'une maladie de Crohn ou d'une maladie de l'arbre urinaire comme la colique néphrétique. L'échographie qui est un examen simple, disponible et non invasif permet de mieux orienter le diagnostic. L'histoire de cette patiente permet de suspecter une affection gynécologique. Le statut d'inactivité sexuelle permet de suspecter l'endométriose (5). Le risque d'infection pelvienne restait peu probable au regard de son inactivité sexuelle. Le bilan sanguin réalisé avant cette seconde opération n'a pas montré d'hyperleucocytose, cependant le délai de deux semaines après l'appendicectomie rendait son interprétation peu utile, sauf en cas d'une complication chirurgicale de type infectieux.

L'échographie pelvienne a révélé un kyste ovarien droit contenant des échos internes à parois fines, évoquant un contenu hémorragique, ce qui nous donnait un argument de poids pour soutenir le diagnostic d'endométriose. Le kyste lutéinique aurait été aussi évoqué, mais la chronicité de la pathologie ne nous a pas permis d'y penser dans la mesure où le corps jaune régresse spontanément en 14 jours en absence de grossesse au profit d'un corps fibreux (i.e. : *Corpus albicans*) plutôt que d'un kyste lutéinique à contenu hématique (6). Une hyperleucocytose de l'ordre de 10.000 à 15.000/ml est fréquente en cas d'appendicite aiguë (7).

CONCLUSION

La douleur repérée à la fosse iliaque droite est relativement fréquente, cependant, elle peut être la traduction variable de diverses affections parmi lesquelles le kyste lutéinique symptomatique est un événement rare dont le diagnostic peut être très complexe en l'absence d'une bonne investigation. Bien que l'étiologie de la pelvialgie droite comme le kyste lutéinique symptomatique soit

Kystes folliculaires...

Médecine d'Afrique Noire 2008 - 55 (4)

rare, il doit être inclus dans le diagnostic différentiel de la pelvialgie de fosse iliaque droite, et particulièrement chez les patientes avec suspicion d'appendicite. L'intervention chirurgicale précoce est le traitement de choix en cas d'appendicite aiguë, cependant, il est nécessaire d'exclure toute atteinte de voisinage par un examen clinique, radiologique et biologique afin de limiter les risques d'une opération gratuite.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient le Dr BRAY ZOUA, Directeur de l'Hôpital Provincial de Maroua pour son appui à la réalisation de ce travail. La documentation de ce cas clinique rentre dans les options d'initiatives et de recherches de LIRASEF pour l'amélioration de la prise en charge de la santé de la femme.

REFERENCES

- 1 - GREGOIRE R., OBERLIN S. Appareil génital de la femme, ovaires. Précis d'anatomie. 9^{ème} Ed. Editions JB Baillière ; 1973 : 446-8.
- 2 - PHUPONG V, RUNGRUXSIRIVORN T, TANTBIROJN P, TRIRATANACHAT S, VASURATNA A. Infected endometrioma in pregnancy masquerading as acute appendicitis. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2004 Mar. 269 (3): 219-20. Epub. 2003 Dec. 16.
- 3 - TEBEU PM., PELTE MF., ANGUENOT JL., VLASTOS AT., DE PURY RB., KINKEL K., MEGEVAND E., SCHAEFER P. Krukenberg tumour from an appendiceal carcinoma presenting as a primary ovarian tumour. *West*

Indian Med. J. 2004, 53 (6): 427-8.

- 4 - LANSAC J., LECOMPTE P. Endométriose. *Gynécologie pour le praticien*, 4^{ème} Ed. Ed. SIMEP ; 1994 : 40.
- 5 - DIAA EL-MOWAFI. Endometriosis and adenomyosis. *Gynaecology simplified*. Ed. DIAA EL-MOWAFI, 1995: 435.
- 6 - POIRIER J., RIBADEAU DUMAS JL. L'appareil génital féminin, ovaires. *Abrégé d'histologie*. 2^{ème} Ed. Masson ; 1981: 199-205.
- 7 - FATTORUSSO V., RITTER O. Appendicite aiguë. *Vademecum clinique*, du diagnostic au traitement. 13^{ème} Ed. Masson 1990 : 925-7.