



Cas de la semaine #392

26 janvier 2026

Préparé par Dre Rui Ning Gong _{R3}

Dre Julie Lafrance _{MD FRCPC}

Hôpital Maisonneuve-Rosemont



Histoire Clinique

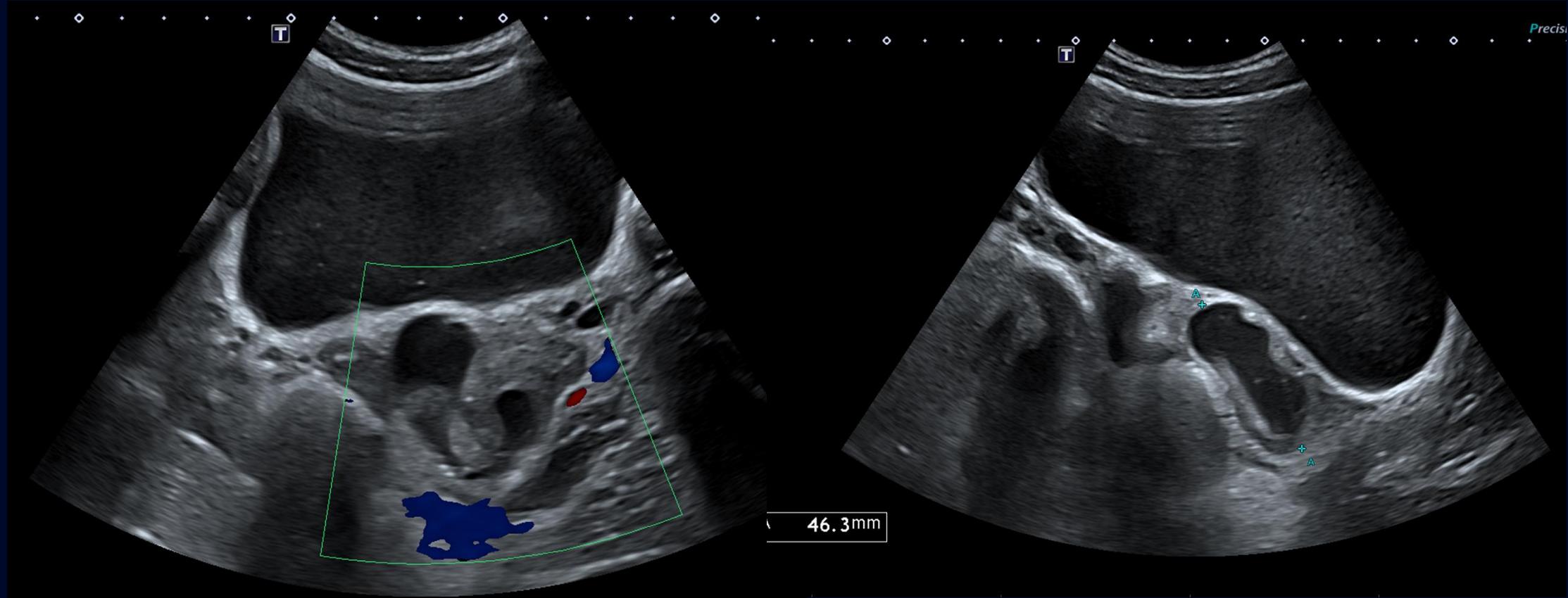
- Se présente avec douleur abdominale crampiforme fosse iliaque gauche intermittente x 5 jours, soulagée partiellement par Tylenol.
- Fièvre de bas grade
- CRP légèrement élevé: 3.7
- Globules blancs normaux
- Suspicion clinique initiale:
 - Adénite mésentérique?
 - Appendicite?

11 ans

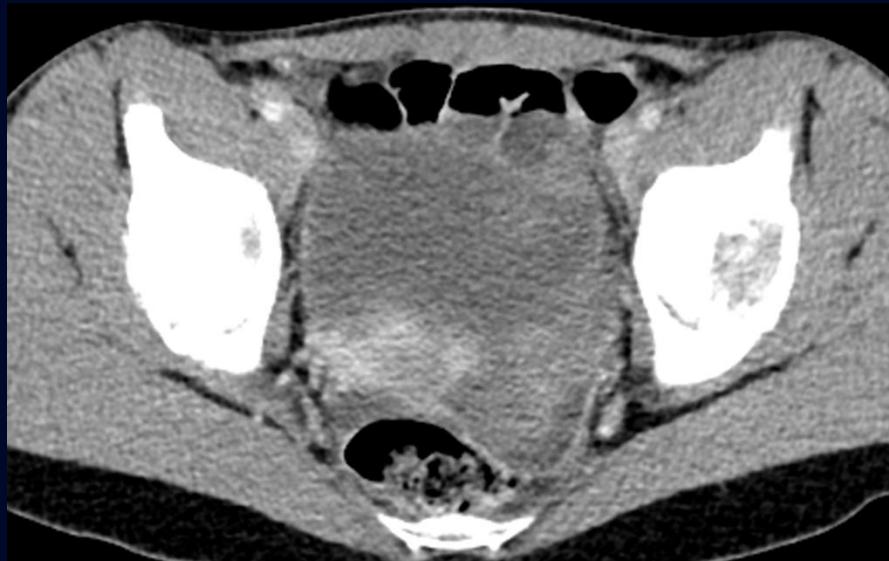
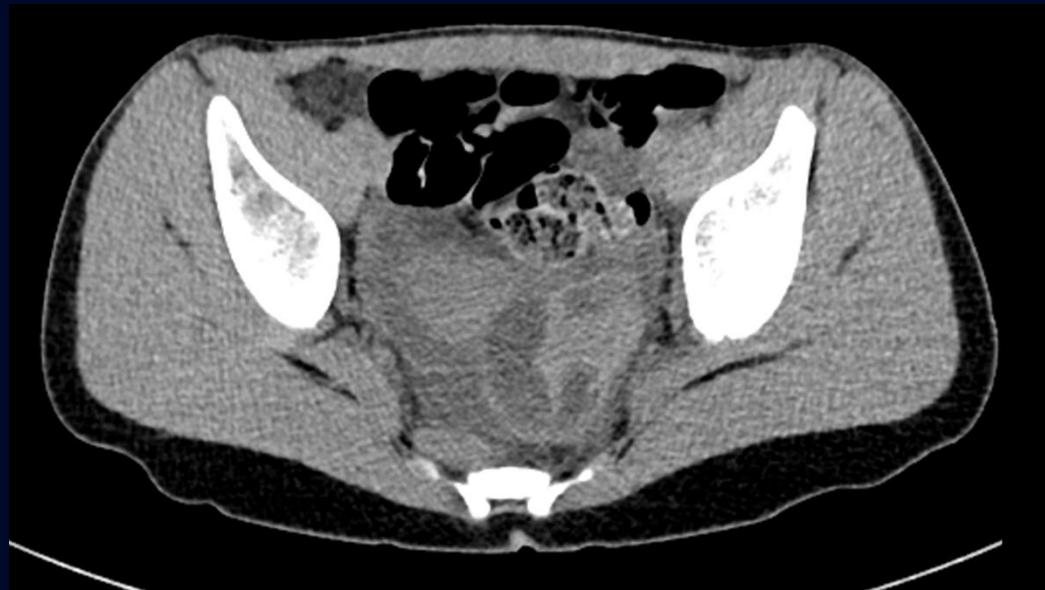
Pré ménarche



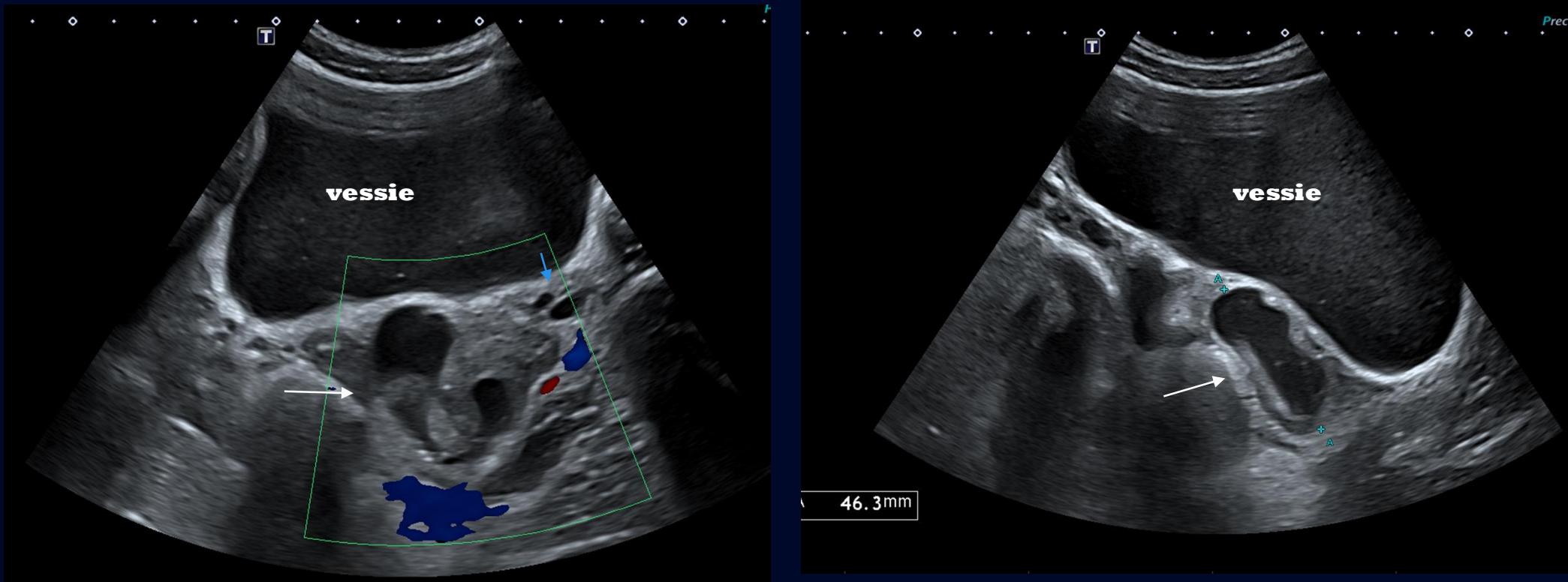
Échographie abdo-pelvienne (sus-pubienne)



Scan abdo-pelvien le lendemain

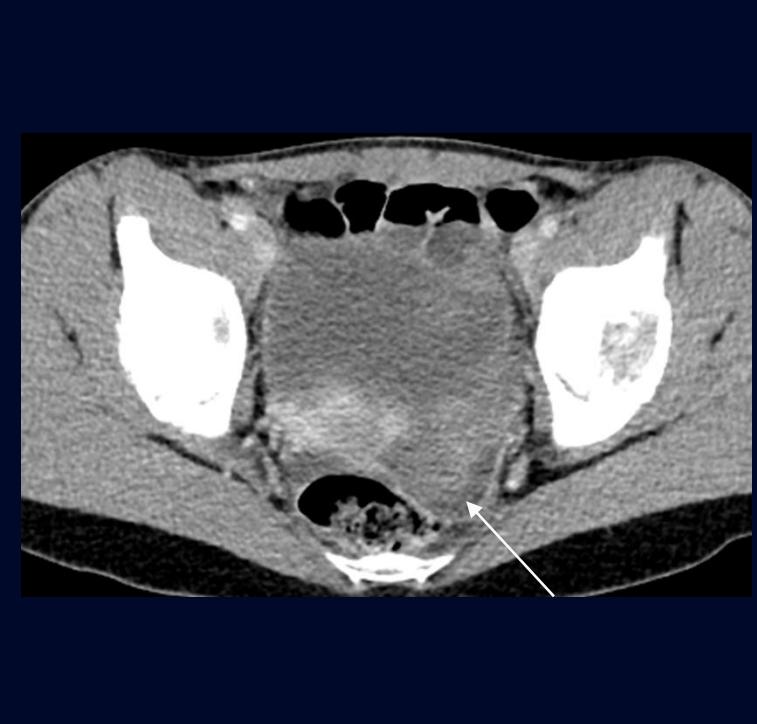
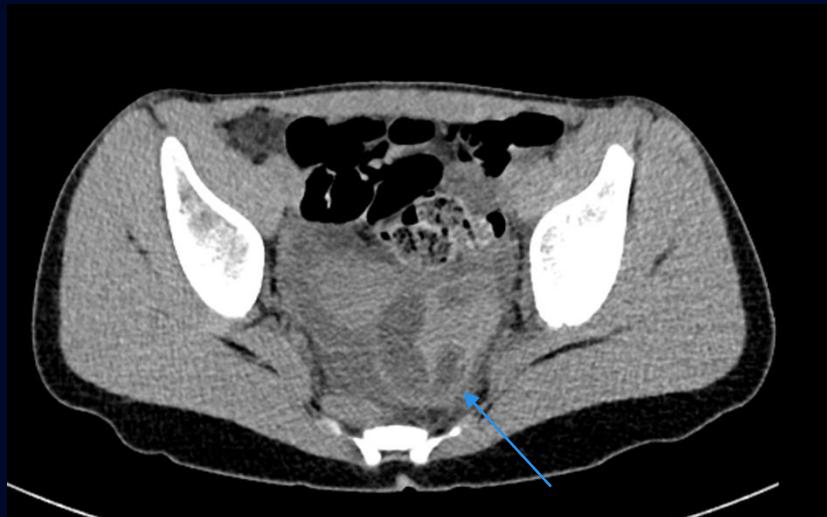


Description écho pelvienne



- Structure kystique annexielle gauche vaguement tubulaire, sans vascularisation évidente (flèche blanche)
- Ovaire gauche adjacent d'apparence normale (flèche bleue)
- (Pas de signe d'adénite mésentérique, ovaire droit également normal)

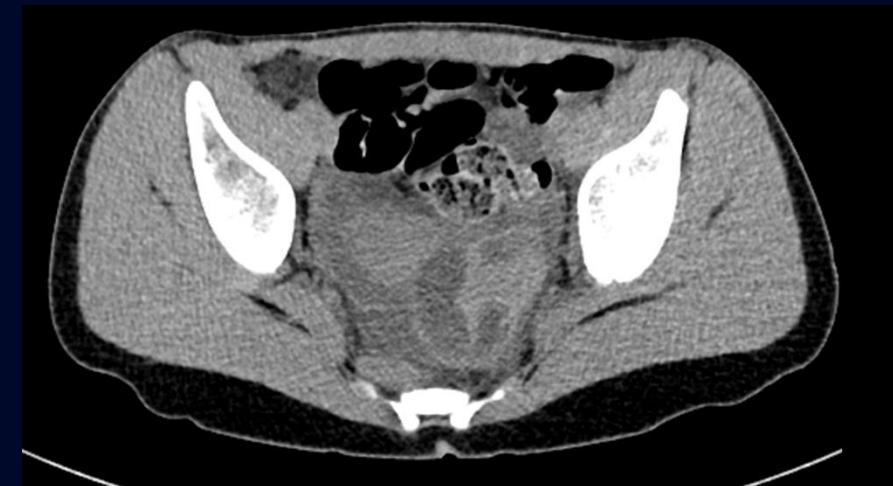
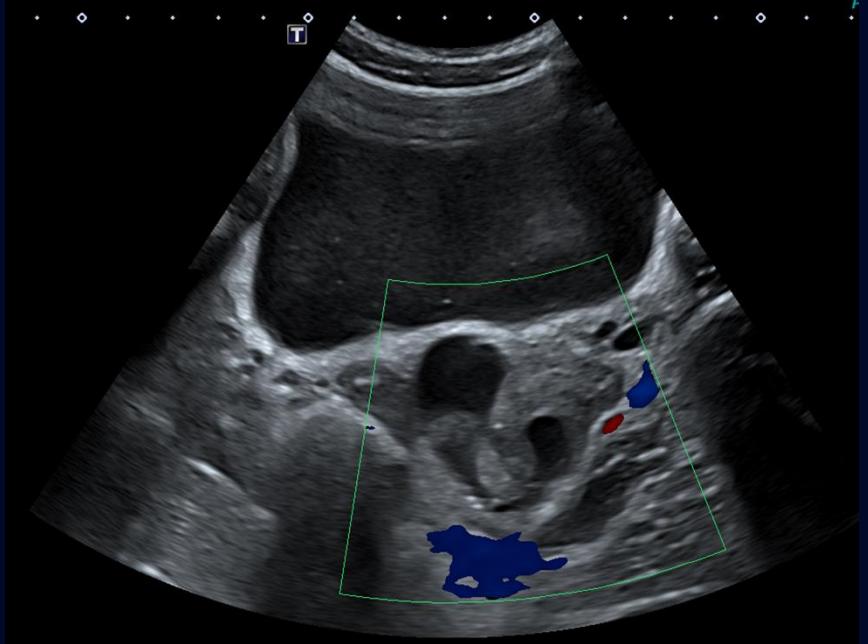
Description scan abdo-pelvien



- Effet de masse annexiel gauche kystique et serpigneux, isolé des structures digestives (flèche bleue).
- Liquide libre et épaississement du péritoine (flèche blanche) suggestif de péritonite.

Synthèse

- Structure kystique dans la région annexielle gauche, vaguement tubulaire
- Pas de connection/contact démontrée avec anses digestives
- Ovaies d'apparence normale
- Signes de péritonite



Diagnostic différentiel

- Torsion ovarienne
- Lésion paraovarienne
- Torsion tubaire
- Abcès tubo-ovarien/salpingite

Diagnostic différentiel

- Torsion ovarienne
- Lésion paraovarienne
- Torsion tubaire
- Abcès tubo-ovarien/salpingite



En faveur :

- Tableau clinique concordant
- Localisation annexielle
- Signes de péritonite

En défaveur :

- Apparence radiologique atypique pour torsion ovarienne (aspect tubulaire)
- Ovaire gauche de morphologie normale

Diagnostic différentiel

- Torsion ovarienne
 - Lésion paraovarienne (ex: cystadénome) 
 - Torsion tubaire
 - Abcès tubo-ovarien/salpingite
- En faveur :**
- Localisation annexielle
 - Apparence radiologique compatible avec lésion kystique
- En défaveur :**
- Tableau clinique de douleur aigu/subaigu
 - Signes de péritonite

Diagnostic différentiel

- Torsion ovarienne
- Lésion paraovarienne

- **Torsion tubaire**
- Abcès tubo-ovarien/salpingite



En faveur :

- **Tableau clinique concordant**
- **Localisation annexielle**
- **Aspect tubulaire**

En défaveur :

- Rarissime chez patientes adolescentes/pré-adolescents
- Rarement isolé. Souvent associé à des lésions ovarianes, antécédent de maladie inflammatoire pelvienne ou chirurgies antérieures

Diagnostic différentiel

- Torsion ovarienne
- Lésion paraovarienne
- Torsion tubaire
- **Abcès tubo-ovarien/salpingite**



En faveur :

- **Localisation annexielle**
- **Aspect tubulaire**

En défaveur :

- Absence de relation sexuelle à vie
- Pas de facteur de risque pour maladie inflammatoire pelvienne

Diagnostic final

**Torsion tubaire +
hématosalpinx**

- Traité par salpingectomie
- Pas de lésion sous-jacente sur spécimen de pathologie

Torsion tubaire

- **Épidémiologie**
 - Pathologie rare. Incidence 1/1.5 million chez la population générale
 - Encore plus rare en contexte pédiatrique. Premier cas rapporté en 1922.
- **Facteurs de risque:**
 - Intrinsèque (kyste de Morgagni, malformation congénitale, longue trompe de Fallope, ligature tubaire)
 - Extrinsèque (grossesse, PID « *Pelvic Inflammatory Disease* », lésion ovarienne, néoplasie, etc.)
 - Torsion tubaire isolée rare. Peut être concomitante avec torsion ovarienne.
- **Présentation clinique:**
 - Douleur aigue OU douleur d'installation graduelle intermittente (associé à plus de délai de traitement et mauvais pronostic)

Torsion tubaire: imagerie

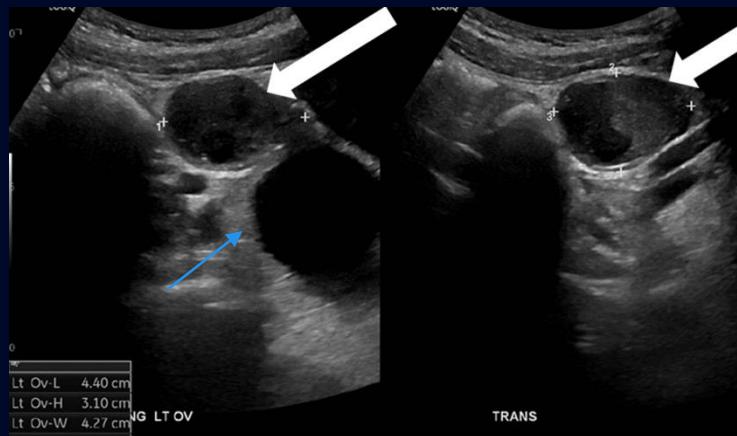
- Structure kystique, parfois tubulaire, interposée entre utérus et ovaire, qui sont de morphologie normales si torsion tubaire isolée
- Peut avoir apparence de masse multikystique
- « Swirl sign »: aspect en vrille des structures vasculaires, considéré comme spécifique
- Vascularisation:
 - Torsion complète: perte de **flot artériel et veineux**, avec nécrose rapide
 - Torsion partielle/intermittent: Flot artériel et veineux peuvent être préservés

Investigation

- Investigation initiale: souvent échographie ou TDM
- Potentielle valeur ajoutée de l'IRM, qui permet une meilleure évaluation de l'anatomie pelvienne.

Exemples radiologiques:

Cas de la littérature



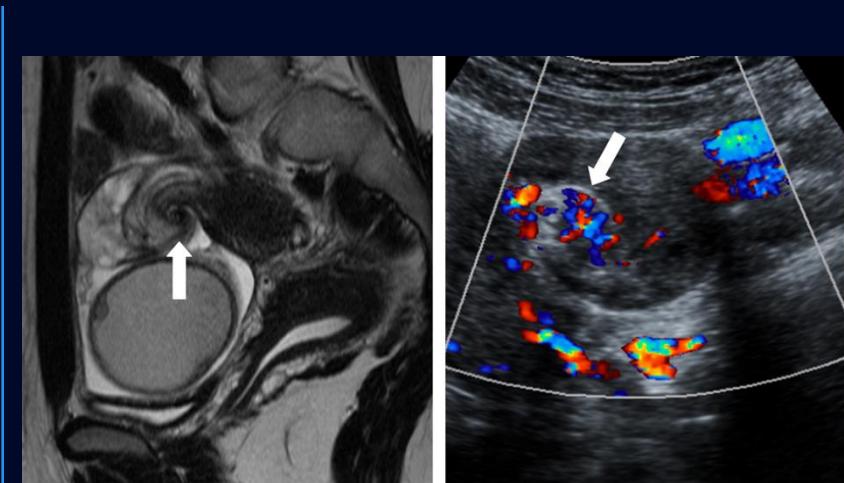
Exemple à l'échographie:
Structure kystique parautérine
(flèche bleue) et ovaire de
morphologie normale (flèche
blanche)

Tiré de Ref. 3



Exemple au CT:
Masse annexielle kystique
multilobée
(A: annex, B: vessie, U: Utérus)

Tiré de Ref. 1



IRM (sagittal) et vue concordante
en échographie:
« Swirl sign » (flèche blanche)

Tiré de Ref. 2

Pronostic + Traitement

Traitement :

- Laparoscopie pour détorsion tubaire
- Salpingectomie si nécrose avancée

Pronostic:

- Hautement dépendant du délai avant le traitement
- Délai de plus de 12h associé avec impact sur fertilité
- Meilleur potentiel de préservation tubaire si traité dans les premières 24h

Références

1. Ramadan MK, Demachkie K, Mohsen A, Sinno L, Kaza'al J. Isolated Tubal Torsion: A Rare Cause of Acute Pelvic/Abdominal Pain among Adolescent Females. *Gynecol Minim Invasive Ther.* 2020 Aug; 12(9(4)):241-244. doi: 10.4103/GMIT.GMIT_91_19. PMID: 33312871; PMCID: PMC7713664.
2. Kopec M. et al. « MRI appearance of isolated fallopian tube torsion in an adolescent with a congenital müllerian duct anomaly and ipsilateral renal agenesis», *Clinical Radiology* 2010, 65: 89 – 93.
3. Pignataro JN, Schindler L. Isolated Fallopian Tube Torsion: Diagnosis and Management of a Gynecologic Emergency. *Cureus.* 2023 Sep 30;15(9):e46260.